



## Prohlášení o bezinfekčnosti

### Nesmí být starší než 1 den!

Prohlašuji, že moje dítě \_\_\_\_\_ narozené dne \_\_\_\_\_, trvale bytem \_\_\_\_\_ nepřišlo v posledních třech týdnech před nástupem na tábor do styku se zdrojem přenosné nemoci a ani mu nebylo uloženo karanténní opatření obvodním nebo dětským lékařem. Prohlašuji, že obsah tohoto prohlášení odpovídá skutečnosti.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_ Podpis zákonného zástupce \_\_\_\_\_

### Kontakt na zákonné zástupce dítěte, či jiných k péči o dítě pověřených osob, dosažitelných v době konání tábora

1. od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ Jméno: \_\_\_\_\_ Adresa: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

2. od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ Jméno: \_\_\_\_\_ Adresa: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

### UPOZORNĚNÍ zákonných zástupců dítěte:

Alergie na \_\_\_\_\_

Užívání léků (název) \_\_\_\_\_

Doba užívání \_\_\_\_\_

### Zde prosím nalepte kopii obou stran karty zdravotní pojišťovny Vašeho dítěte:

Kopie průkazu zdravotní pojišťovny – 1. strana

Kopie průkazu zdravotní pojišťovny – 2. strana

### Prohlášení zákonného zástupce k odchodu dítěte z tábora:

*Souhlasím / nesouhlasím* s tím, že mé dítě bude po ukončení aktivit příměstského tábora chodit domů samostatně.

Osobou, která bude dítě vyzvedávat je \_\_\_\_\_ . (jméno, příjmení) Osobou, která bude dítě vyzvedávat je \_\_\_\_\_ . (jméno, příjmení)

Současně sděluji, že je mi známo, že každý účastník podléhá táborovému řádu a podrobuje se ve všem pokynům vedoucích. Nedodržení táborového řádu může mít za následek i vyloučení z tábora.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_ Podpis zákonného zástupce \_\_\_\_\_