

Písenné prohlášení rodičů

Příjmení, jméno dítěte

Datum narození

Adresa bydliště

**Zde vlepíte KOPII kartičky zdravotní
pojišťovny.**

!!! UPOZORNĚNÍ !!!
**Toto prohlášení nesmí být starší než jeden
den před zahájením tábora.**

Prohlašuji, že dítě je úplně zdravé. Není mi také známo, že by dítě v posledních čtrnácti dnech přišlo do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí. V rodině ani v místě, z něhož nastupuje na prázdninový pobyt, není žádná infekční choroba a okresní hygienik ani ošetřující lékař nenařídil karanténní opatření, zvýšený zdravotnický nebo lékařský dohled. Jsem si vědom-a právních a finančních důsledků, které by pro mne vyplynuly, kdyby z nepravdivých údajů tohoto prohlášení vzniklo zdravotní ohrožení dětského kolektivu.

Adresa pobytu rodičů v době prázdninového pobytu

Matka:

Otec:

Město:

Město:

ČR – ANO x NE

ČR – ANO x NE

Telefon:

Telefon:

Možno předat zpět do péče? Ano – Ne

Možno předat zpět do péče? Ano - Ne

Upozorňuji u svého dítěte na:

Zdravotní problémy:

Alergie:

Jiné zvláštnosti:

Léky: (musejí být popsány: jméno, jak užívat a kdy, na co léky užívá)

V případě onemocnění dítěte souhlasím s ošetřením lékaře. Po domluvě se zdravotníkem zajistím v nejkratší možné době jeho odvoz z prázdninového pobytu domů.

V

dne

Podpis

(nejlépe obou rodičů)

Lékařský posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na zotavovací akci

Evidenční číslo posudku:

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávající posudek:

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele:

IČO:

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

Adresa, místa trvalého pobytu nebo jiného bydliště:

Účel vydání posudku: _____

Část A) Posuzované dítě k účasti na pobytu – správnou variantu zakroužkujte

a) je zdravotně způsobilé

b) není zdravotně způsobilé

c) je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením) _____

Posudek je platný 2 roky od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

Část B) Potvrzení o tom, že dítě

a) se podrobilo stanoveným očkováním Ano – Ne

b) je proti nákaze imunní (typ/druh)

c) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh)

d) ADHD Ano / Ne – děti s ADHD se nemohou zúčastnit pobytu

e) je alergické na:

f) dlouhodobě užívá léky:

Datum vydání posudku

Podpis lékaře

razítko zdravotnického zařízení

Poučení: Proti části A) tohoto posudku lze podle § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, podat návrh na jeho přezkoumání do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání poskytovatelem zdravotních služeb, která posudek vydal. Návrh na přezkoumání lékařského posudku nemá odkladný účinek, jestliže z jeho závěru vyplývá, že posuzovaná osoba je pro účel, pro nějž byla posuzována, zdravotně nezpůsobilá nebo zdravotně způsobilá s podmínkou.

Jméno a příjmení oprávněné osoby

Vztah k dítěti

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne: _____

Podpis oprávněné osoby

Souhlas
se zpracováním osobních údajů pro potřeby OSŽ
podle nařízení o ochraně osobních údajů (GDPR) pro činnost OSŽ

I. Já, níže podepsaný/á,
nar.,
trvale bytem,

uděluji souhlas s tím, aby poskytnuté osobní údaje dětí,

jméno, příjmení

nar.

jméno, příjmení

nar.

**ke kterým vykonávám rodičovská práva, byly OSŽ zpracovávány pro účely dětského
letního tábora.**

**II. V souvislosti s udělením souhlasu jsem byl/a ze strany OSŽ obeznámen/a,
o těchto skutečnostech:**

1. S poskytnutými osobními údaji bude ze strany OSŽ nakládáno s řádnou péčí a v souladu s platnými právními předpisy. Osobní údaje budou chráněny v maximální možné míře, která odpovídá technické úrovni dostupných prostředků.
2. Poskytnuté osobní údaje budou zpracovány pouze pro účel, pro který byl udělen souhlas.
3. Osobní údaje budou uchovávány pouze po nezbytně nutnou dobu a to 5 let, nestanovuje-li zákon lhůtu delší, nebo není-li jiná lhůta stanovená účelem zpracování, jak to ukládají právní předpisy
4. Osobní údaje nebudou předávány mimo OSŽ, s výjimkou případů, kdy je udělen samostatný souhlas s předáním, nebo předání údajů ukládá nebo k tomu opravňuje právní předpis nebo oprávněný zájem (například v případě požadavků orgánů činných v trestním řízení apod.).
5. Mám právo na informace o zpracování osobních údajů dětí, na podání námítky/stížnosti proti zpracování osobních údajů a na vyřízení mé žádosti nebo námítky/stížnosti ve lhůtě do jednoho měsíce od předložení žádosti nebo námítky/stížnosti OSŽ.

**III. Podpisem souhlasu potvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a s informacemi
o zpracování osobních údajů, zejména o mém právu vztahující se ke zpracování
osobních údajů včetně práva na přístup k informacím.**

V dne

.....
(vlastnoruční podpis)

Formulář léků

Údaje o dítěti

Jméno:

Příjmení:

Datum narození:

Rodič, který vyplňoval přihlášku

Jméno:

Příjmení:

Název léčiv	Ráno	Poledne	Večer	Na noc	Poznámka

Všechny položky jsou povinné.