

Písomné vyhlásenie zákonného zástupcu o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa

Meno a priezvisko dieťaťa:	
Dátum narodenia dieťaťa:	
Adresa trvalého pobytu dieťaťa:	
Zdravotná poisťovňa dieťaťa:	
Rodné číslo dieťaťa v plnom tvare:	
Meno, priezvisko, adresa bydliska a kontakt na účely komunikácie zákonného zástupcu*	

Vyhlasujem, že:**

Dieťa je zdravotne spôsobilé na pobyt v kolektíve aj s ohľadom na charakter zotavovacieho podujatia.

☐

Áno

☐

Nie

Dieťa pravidelne užíva lieky.

☐

Áno

☐

Nie

Ak áno, aké: (názov lieku, dávkovanie lieku a frekvencia užívania lieku)

.....

.....

Dieťa trpí alergiou.

☐

Áno

☐

Nie

Ak áno, na čo:

.....

.....

Dieťa trpí inými zdravotnými problémami (napr. epilepsia, astma, cukrovka).

☐

Áno

☐

Nie

Ak áno, akými:

.....

.....

Dieťa má diétne obmedzenia.

☐

Áno

☐

Nie

Ak áno, aké:

.....

.....

Dieťa pravidelne užíva lieky, alebo užíva pridelené lieky v prípade zdravotných komplikácií.

☐

Áno

☐

Nie

Ak áno, aké: (názov lieku + popis, *napr. EpiPen – pri alergickej reakcii*)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dieťa je schopné dávkovať a užívať uvedené lieky samostatne.

☐

Áno

☐

Nie

- ☐ Dieťa neprejavuje príznaky akútneho ochorenia.
- ☐ Dieťa nemá nariadené karanténne opatrenie, alebo zákonný zástupca nedisponuje informáciou, že by dieťa alebo žiak počas 14 dní predchádzajúcich dňu odchodu na výcvik alebo kurz prišlo do kontaktu s osobou chorou na prenosné ochorenie alebo osobou podozrivou z nákazy prenosným ochorením.
- ☐ Podľa informácií dostupných zákonnému zástupcovi, žiadna z osôb, s ktorými dieťa žije v spoločnej domácnosti, neprišla v priebehu posledných 14 dní do styku s osobami, ktoré prekonali prenosné ochorenie (napríklad hnačka, angína, vírusový zápal pečene, zápal mozgových blán, horúčkové ochorenie s vyrážkami).

Súhlasím, aby zdravotník zotavovacieho podujatia v prípade akútnej potreby (napr. vysoká teplota, bolesť hlavy/zuba, nevoľnosť pri cestovaní, alergická reakcia po poštípaní hmyzom) podal môjmu dieťaťu bežne dostupné voľnopredajné lieky v primeranej dávke podľa príbalového letáku (napr. Paralen, Ibalgin, Nurofen, Kinedryl, Fenistil gél, čierne uhlie) na základe odborného posúdenia, alebo lieky, ktoré má dieťa predpísané na účel vlastnej potreby v indikovaných prípadoch.

A súhlasím, aby v indikovaných prípadoch ochorenia, alebo ohrozenia života alebo zdravia bola privolaná záchranná zdravotná služba, alebo iný transport zabezpečený organizátorom s nasledovným ošetrením v ústavnom zdravotnom zariadení, pričom bude vždy zákonný zástupca informovaný o stave a postupe.



Áno



Nie

Som si vedomý(á), že pri zmene zdravotného stavu dieťaťa alebo žiaka a prejave príznakov prenosného ochorenia (napríklad zvýšená teplota, vracanie, hnačka) sa dieťa alebo žiak nemôže zúčastniť výcviku alebo kurzu.

V..... dňa.....

.....
(meno, priezvisko a podpis
zákonného zástupcu)

* Rodič, iná fyzická osoba ako rodič, ktorá má dieťa zverené do osobnej starostlivosti alebo do pestúnskej starostlivosti na základe rozhodnutia súdu, poručník, opatrovník alebo zástupca zariadenia, v ktorom sa vykonáva ústavná starostlivosť, výchovné opatrenie, neodkladné opatrenie alebo ochranná výchova, výkon väzby, výkon trestu odňatia slobody.

** Správnu možnosť označte X.