**DOTAZNÍK O BEZINFEKČNOSTI**

Pro účastníky /pobytové/ akce HC Slovan Louny

Jméno a příjmení dítěte:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum narození:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kontaktní telefon při pobytu na táboře – rodiče\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontaktní adresa během konání LHT:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oblíbená jídla:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Odmítaná jídla:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Případná nařízená dieta lékařem (druh):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Umí dítě plavat?\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Může snášet větší fyzickou zátěž?\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Jestliže ne, prosíme,

uveďte možné fyzické zatížení:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mělo dítě v posledních dvou měsících klíště?\_\_\_\_\_\_\_\_ Jestliže ano, kdy?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mohou u dítěte nastat některé specifické problémy (stesk, strach, atd.)?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vyskytuje se u dítěte alergie?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jestliže je nutné podávat prášky, uveďte druh a frekvenci podávání těchto medikamentů.

Prášky je naprosto nutné dát dítěti s sebou, předat vedoucí /zdravotníkovi/ akce a uvést frekvenci

podávání podávání případné lékařské doporučení!

………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ DÍTĚTE**

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil dítěti:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

narozenému:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, bytem\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

změnu režimu, dítě nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teplota apod.) a okresní hygienik

ani ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření. Není mi též známo, že v posledních dvou

týdnech přišlo dítě do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí. Dítě je schopno se

zúčastnit pobytu na táboře v době od …………………………………..Jsem si vědom(a) právních

následků, které by mě postihly, kdyby toto mé prohlášení nebylo pravdivé.

V\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne ……………… Podpis zák. zástupce dítěte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_