



## SEDMIČKA Planá nad Lužnicí z.s.

Kontaktní adresa: Strkovská 98, 391 11 Planá nad Lužnicí  
Bankovní spojení: Komerční banka, číslo účtu: 107-6804210297/0100  
IČ: 02 48 88 33, DIČ: CZ 02 48 88 33

### LT VÁVROVKA Zaklínač, 4. – 16. ČERVENCE 2021 PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ O BEZINFEKČNOSTI

Jméno a příjmení dítěte: ..... Datum narození: .....

Adresa trvalého bydliště: .....

U svého dítěte upozorňuji na tyto nemoci (postižení) a nutnost léků, které mohou ovlivnit jeho účast na táboře a nebyly uvedeny ošetřujícím lékařem v posudku o zdravotní způsobilosti dítěte:

.....  
.....

Můj syn/ moje dcera nejeví známky akutního onemocnění (zvýšená teplota, horečka, průjem, kašel, dušnost, bolest v krku, ztráta chuti a čichu atd.) a ve 14 kalendářních dnech před odjezdem nepřišlo do styku s osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy a ani jemu, ani jinému příslušníku rodiny žijícímu s ním v domácnosti, není nařízeno karanténní opatření.

Beru na vědomí, že je mou povinností informovat provozovatele tábora, pokud by se do 14 dnů po jeho ukončení u dítěte objevilo infekční onemocnění (COVID-19). Beru na vědomí, že v případě prokazaného případu COVID-19 bude tábor ukončen a zákonní zástupci musí sami zajistit dopravu dítěte z tábora domů.

**Jsem si vědom/a právních následků, které by mne postihly, kdyby toto prohlášení nebylo pravdivé.**

V ..... dne .....

.....  
Jméno a příjmení zákonného  
zástupce (rodiče)

.....  
Podpis zákonného zástupce  
(rodiče)

.....  
Jméno a příjmení zákonného  
zástupce (rodiče)

.....  
Podpis zákonného zástupce  
(rodiče)

Toto prohlášení musí být vyplněno zákonným zástupcem dítěte **nejdříve** v den nástupu dítěte na tábor a předáno spolu se souhlasem s ošetřením nezletilé osoby a s fotokopíí kartičky pojišťovny přebírajícímu pracovníkovi tábora!



## SEDMIČKA Planá nad Lužnicí z.s.

Kontaktní adresa: Strkovská 98, 391 11 Planá nad Lužnicí  
Bankovní spojení: Komerční banka, číslo účtu: 107-6804210297/0100  
IČ: 02 48 88 33, DIČ: CZ 02 48 88 33

### SOUHLAS ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ S OŠETŘENÍM NEZLETILÉ OSOBY

Jméno a příjmení nezletilé osoby: .....

Datum narození: ..... Zdravotní pojišťovna: .....

Adresa trvalého bydliště: .....

..... PSČ: .....

1. V souladu s ustanovením § 35 zákona 372/2011 Sb. v platném znění, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, jako zákonní zástupci výše uvedené nezletilé osoby **souhlasíme s poskytnutím zdravotnických služeb**, které jdou nad rámec § 38, odst. 1, písm. c) a odst. 4., písm. b), tedy **nad rámec poskytnutí nezbytné péče** k záchraně života nebo zamezení vážného poškození zdraví, poskytnutí neodkladné péče první pomoci, nezbytně nutná hospitalizace se související nezbytnou zdravotní péčí apod.
2. Po dobu trvání tábora určujeme  
**Ing. Marcela Jogla**, narozeného 22.01.1988, hlavního vedoucího tábora, a  
**Terezu Šafratovou**, narozenou 09.04.1981, zdravotníka tábora
  - a) osobami, kterým dle našeho rozhodnutí a souhlasu mají být poskytovány informace o zdravotním stavu nezletilého ve smyslu ustanovení § 31 zákona o zdravotních službách;
  - b) osobami, na jejichž nepřetržitou přítomnost má náš nezletilý syn / naše nezletilá dcera právo při poskytování zdravotních služeb ve smyslu ustanovení § 28 odst. 3 písm. e) bod 1. zákona o zdravotních službách.
3. Jako zákonní zástupci výše uvedené nezletilé osoby **požadujeme bezodkladnou informaci** v případě jakéhokoli použití tohoto souhlasu na kontakty uvedené v příloze tohoto dokumentu.
4. Tento souhlas je uložen u zdravotníka tábora, příp. dohlížející pedagogické osoby, a je platný po dobu trvání tábora. V případě nepoužití bude vrácen nebo zlikvidován.

Název tábora: LT Vávrovka 2021, Zaklínač	Provozovatel: SEDMIČKA Planá nad Lužnicí z.s.	Termín konání: 4. – 16.7.2021
---	--	----------------------------------

V ..... dne .....

.....  
Jméno a příjmení zákonného  
zástupce (rodiče)

.....  
Podpis zákonného zástupce  
(rodiče)

.....  
Jméno a příjmení zákonného  
zástupce (rodiče)

.....  
Podpis zákonného zástupce  
(rodiče)