

Škola v prírode – Börzsöny, Maďarsko
Od 25.2.2024 do 1.3.2024

Vyhlasenie zákonného zástupcu o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa

Meno a priezvisko dieťaťa	
Dátum narodenia dieťaťa	
Adresa trvalého pobytu dieťaťa	
Meno, priezvisko, adresa a telefónne číslo 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 a frekvencia užívania lieku)

druh ochorenia	áno - nie	na ochorenie užíva liek v dávke a časovom intervale	poznámka
astma			
alergia na potraviny			
alergia na lieky			
chronické ochorenie			
iné ochorenie			

- ☐ Dieťa neprejavuje príznaky akútneho ochorenia.
- ☐ Dieťa nemá nariadené karanténne opatrenie alebo zákonný zástupca nedisponuje informáciou, že by dieťa počas 14 dní predchádzajúcich dňu odchodu na zotavovacie podujatie 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.

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

V dňa
(meno, priezvisko zákonného zástupcu)

.....
(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 alebo výkon detencie.

** Správnu možnosť označte X.