

## Závazné prohlášení

(rodičů, zákonných zástupců dítěte nebo osoby činné při zotavovací akci)

Závazně prohlašuji, že: \_\_\_\_\_ ( syn, dcera, osoba činná při zotavovací akci)

- Nejeví známky akutního onemocnění (například horečky nebo průjmu), a
- ve 14 kalendářních dnech před odjezdem do školy v přírodě nepřišel(a) do styku s fyzickou osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy ani mu (mi) není nařízeno karanténní opatření.

Dále informuji o těchto skutečnostech:

- výše uvedený žák, žákyně užívá tyto pravidelné léky (uvádím dávkování a dobu užívání, léky předám příslušnému pověřenému pedagogickému pracovníkovi nebo zdravotníkovi a léky budou označeny jménem a příjmením mého dítěte)
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
- Dále upozorňuji na možné indispozice např. alergie apod.
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
- Pokud není vyplněna výše uvedená část prohlašuji, že žák, žákyně neužívá žádné léky

Prohlašuji, že výše uvedený žák, žákyně nemá u sebe žádné léky a tímto prohlášením vyjadřuji svoji odpovědnost k možnému zneužití léků jinými žáky (nedbalost, zneužití, nevhodné žerty apod.). Případné potřebné léky předám způsobem popsaným výše. **Prohlášení nesmí být starší více než 1 den.**

### Souhlas zákonných zástupců s ošetřením nezletilé osoby

- 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 zdravotních služeb**, které jdou nad rámec § 38, odst. 1, písm. c) a odst. 4., písm. b), tedy 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.
- Tento souhlas je uložen u zdravotníka akce nebo dohlížející pedagogické osoby a je platný po dobu akce organizované školou nebo školským zařízením a v případě nepoužití bude vrácen nebo zlikvidován. Současně jako zákonní zástupci výše uvedené nezletilé osoby požadujeme bezodkladnou informaci v případě jakéhokoli použití tohoto souhlasu na níže uvedené kontakty.

Současně jako zákonní zástupci sdělujeme pro případ jakéhokoli dalšího potřebného kontaktu s poskytovatelem zdravotnických služeb tyto kontakty:

- Zákonný zástupce (matka): tel. \_\_\_\_\_
- Zákonný zástupce (otec): tel. \_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_ podpis oprávněné osoby \_\_\_\_\_