**Potvrzení lékaře**

o způsobilosti účasti na zotavovací akci (letní tábor, školu v přírodě aj.)

Potvrzuji tímto, že níže jmenovaný je způsobilý zúčastnit se zotavovací akce. (Potvrzení je platné 12 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti)

jméno: ……………… příjmení: ……………………………..

rodné číslo: ………...…………..

Bydliště: …………………………………………………………………….………………………..

Prodělané infekční nemoci: ……………………………………………….……….………

Nemoci / Alergie: ………………………………………….…..…

Pravidelné očkování: ano ne

Pravidelně užívá tyto léky: …….……..…………………………………………………

V …………………………............. Dne ……………..

Razítko a podpis lékaře:

::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::

 **Bezinfekčnost**

Prohlášení zákonných zástupců dítěte, o ochraně veřejného zdraví, v platném znění

Jméno a příjmení dítěte: ………………...………..……………...….……………………....

RČ: ………..……………

Bydliště: …..………………………………….…………………………...

Prohlašuji, že lékař nenařídil dítěti 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 dítě přišlo do styku s osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z přenosné nemoci. Dítě je schopno zúčastnit se tábora v termínu 18.1.2025 – 25.1.2025. Souhlasím s tím, aby v případě nutnosti bylo mé dítě z rozhodnutí zdravotníka nebo hlavního vedoucího tábora ošetřeno u lékaře, případně na lékařské pohotovosti. Zavazuji se při převzetí dítěte z tábora a po předložení dokladů o zaplacení regulačního poplatku, tato ošetření uhradit. Jsem si vědom(a) právních následků, které by mě postihly, kdyby toto prohlášení nebylo pravdivé.

V Dukovanech …………………… Podpis zákonného zástupce: