



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

BEZINFEKČNOST

Příjmení a jméno účastníka tábora:

Datum narození:

PÍSEMNÉ PROHLÁŠENÍ RODIČŮ (zástupců dítěte, dětí)

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil dítěti změnu režimu, dítě nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teplota, kašel, rýma apod.) a okresní (příslušný) hygienik ani ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření. Není mi též známo, že v posledních dvou týdnech přišlo toto dítě do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí.

Dítě je schopno zúčastnit se programu v kolektivu s dětmi v rámci přirozeného vzdělávání v těchto termínech:

Jsem si vědom (a) právních následků, které by mě postihli, kdyby toto mé prohlášení nebylo pravdivé.

Co ještě by organizace měla vědět o dítěti

(např.: drobné alergické projevy při bodnutí hmyzem, léky předepsané lékařem k pravidelnému užívání atd.)

.....
.....
.....

V případě potřeby Vás budeme kontaktovat na Vašem mobilním telefonu. Při vyzvednutí bude dítě předáno oproti podpisu pouze doprovodu, který dítě přivedl. V jiném případě je nutno uvést při příjmu dítěte jméno osoby, která dítě vyzvedne. Doprovod nesmí být mladší 18-ti let a prokáže se OP.

Svým podpisem stvrzujete účast na výše uvedené akci a zároveň souhlasíte se sběrem, uchováním a zpracováním Vašich osobních údajů pořadatelem.

V dne

.....
podpis zákonného zástupce