**Závazná přihláška na akci OS ŚVAGR**

**Název akce :**

**Datum a místo konání akce:**

**Jméno a příjmení dítěte**

**Datum narození rodné číslo**

**Zdrav. pojišťovna**

**Trvalé bydliště dítěte (popř. přechodné)**

**Jména  rodičů:**

**Adresa:**

**Tel. Kontakt:**

**Emailový kontakt:**

Užívá léky

Uveďte, prosím dávkování, i když je na kopii dokumentu o zdravotní způsobilosti.

Trpí alergiemi

Další aktuální informace o zdravotním stavu dítěte

**Pozor změna!!! Originál vyjádření lékaře ke zdravotní způsobilosti dítěte zúčastnit se tábora archivujte ve vašich dokumentech. Toto vyjádření nesmí být starší 1 rok. Do přílohy závazné přihlášky přiložte pak na každou akci pouze kopii tohoto dokumentu.**

**Specifika nebo zvláštnosti dítěte**

(Věnujte, prosím, tomuto bodu pozornost. Velmi nám pomůže každá Vaše připomínka, např. co na dítě platí, co má rádo, zda má problémy se sebeobsluhou, či s jídlem, čemu máme věnovat zvýšenou pozornost.

**Plavec – neplavec**

Prohlašuji, že jsem nezamlčel žádné skutečnosti týkající se zdravotního stavu dítěte.

V dne podpis rodičů (zák. zástupce)

zde oddělte - předejte při nástupu na akci

**Prohlášení o bezinfekčnosti**

Prohlašuji, že dítě narozené dne

nepřišlo v současné době do styku s infekční chorobou, samo žádnou takovou chorobou neonemocnělo a ani nemá lékařem uloženou karanténu

Dne (1den před nástupem na akci) Podpis rodičů (zák. zástupce)

**Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na akci OS ŠVAGR**

Jméno a příjmení posuzovaného dítěte: …………………………………………………

Datum narození: ……………………………….…………………………………………..

**ČÁST A/ Posuzované dítě k účasti na akci OS ŠVAGR**

1. Je zdravotně způsobilé
2. Není zdravotně způsobilé
3. Je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením):…………………………

Posudek je platný 12 měsíců od data vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

**ČÁST B/ Potvrzení o tom, že dítě:**

1. se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO – NE
2. je proti nákaze imunní (typ, druh): ………………………………………………...
3. má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ, druh): ……………………………
4. je alergické na:……………………………………………………………………….
5. dlouhodobě užívá léky (typ, druh, dávka):…………………………………………

Datum vydání posudku:…………………………………

Podpis, jmenovka lékaře, razítko:………………………………………….