



příspěvková organizace  
okres Brno-venkov

info@svcrosice.cz  
www.svcrosice.cz

IČ: 72555513  
mob: +420 603 834 762  
Žerotínovo nám. 1  
Rosice, 665 01

## LIST ÚČASTNÍKA ZOTAVOVACÍ AKCE

Celý formulář se váže k účastníku tábora:

### Účastník tábora

Jméno a příjmení:

.....

Datum narození:

.....

Adresa trvalého pobytu

Ulice:

.....

Obec:

.....

PSČ:

.....

### ADRESA A KONTAKT NA ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE V DOBĚ KONÁNÍ TÁBORA

(či jiných k péči o dítě pověřených osob dosažitelných v době trvání tábora):

Od .....do ..... jméno a

příjmení.....

Adresa .....

telefon .....



## UPOZORNĚNÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ ÚČASTNÍKA

U svého dítěte upozorňuji na tyto nemoci (postižení) a nutnost brání léků, které mohou ovlivnit jeho účast na táboře a nebyly uvedeny ošetřujícím

lékařem.....

Dítě trpí na tyto alergie, popřípadě upozorňuji na odlišnosti ve stravovacích návycích a jiné neobvyklosti

u dítěte.....

.....

Dále prohlašuji, že mé dítě je:

NEPLAVEC

PLAVEC – ZAČÁTEČNÍK

PLAVEC

Současně je mi známo, že každý účastník tábora je povinen dodržovat Táborový řád a Vnitřní řád SVČ Rosice a respektovat všechny pokyny vedoucích. Jsem si také vědom/a toho, že pokud bude nutné, aby dítě z vážných kázeňských či zdravotních důvodů předčasně ukončilo svůj pobyt na táboře, umožním jeho odvoz na své náklady.

V ..... dne ..... (podpis zákonného zástupce)

.....



## PLNÁ MOC

Já ..... (jméno a příjmení rodiče), datum narození) .....  
....., jako zákonný zástupce nezletilého dítěte  
..... (jméno a příjmení dítěte, datum narození)

## ZMOCŇUJI

Pána, paní (jméno a příjmení, datum narození) ..... působící jako zdravotník zotavovací akce, pedagogický zaměstnanec nebo zástupce pořádající osoby, které jsem dítě svěřil do péče nebo pro jiné akce určené pro děti konané v období od \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ do \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ k zastupování ve věci udělování souhlasu s poskytováním nezbytných zdravotních služeb výše uvedenému nezletilému a rovněž souhlasím, aby v souvislosti s takto poskytovanou zdravotní péčí byl zmocněnec informován o zdravotním stavu nezletilého, přijímal poučení o zdravotních službách v potřebném rozsahu (§ 35, zákona 372/2011 Sb. v platném znění). Toto zmocnění je platné do doby příjezdu zákonného zástupce do místě hospitalizace. Současně беру на vědomí, že v případě potřeby bude zajištěn odvoz dítěte k lékařskému ošetření soukromým motorovým vozidlem řízeného pověřeným osobou, pokud nebude možno využít služeb záchranné služby za doprovodu výše uvedené zmocněné osoby.

Současně je zmocněnec povinen sdělit ošetřujícímu lékaři údaje o kontaktních údajích zákonného zástupce pro další úkony spojené s ošetřením nebo dalšími zdravotnickými úkony a záležitostmi jako je informovaný souhlas apod.

Tato plná moc se uděluje na dobu určitou, která je shodná s dobou konání zotavovací akce nebo tábora nebo jiné akce určené pro děti.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

podpis rodiče (zmocnitele) \_\_\_\_\_

Prohlašuji, že výše uvedené zmocnění přijímám:

V ..... dne .....

podpis zmocněné osoby (zmocněnce) \_\_\_\_\_

# POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍ AKCI



Evidenční číslo posudku:

## 1. Identifikační údaje

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek:

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele:

IČ:

Jméno, popřípadě jména a příjmení posuzovaného dítěte:

Datum narození posuzovaného dítěte:

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného bydliště na území České republiky posuzovaného dítěte:

## 2. Účel vydání posudku

## 3. Posudkový závěr

A) Posuzované dítě k účasti na škole v přírodě nebo zotavovací akci

- a) je zdravotně způsobilé \*)
- b) není zdravotně způsobilé \*)
- c) je zdravotně způsobilé s omezením \*) \*\*)

.....

B) Posuzované dítě

- a) se podrobilo pravidelným očkováním: ANO - NE
- b) je proti nákaze imunní (typ/druh):
- c) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh):
- d) je alergické na:
- e) dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka):

Poznámka:

\*) Nehodící se škrtněte.

\*\*) Bylo-li zjištěno, že posuzované dítě je zdravotně způsobilé s omezením, uveďte se omezení podmiňující zdravotní způsobilost k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě.

## 4. Poučení

Proti bodu 3. části A) tohoto posudku lze podle § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, podat návrh na jeho přezkoumání do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání poskytovatelem zdravotních služeb, který posudek vydal. Návrh na přezkoumání lékařského posudku nemá odkladný účinek, jestliže z jeho závěru vyplývá, že posuzovaná osoba je pro účel, pro nějž byla posuzována, zdravotně nezpůsobilá nebo zdravotně způsobilá s podmínkou. Práva na přezkoumání lékařského posudku se lze vzdát. Písemné prohlášení o vzdání se práva na přezkoumání lékařského posudku nebo záznam o ústním sdělení o vzdání se práva na přezkoumání lékařského posudku je součástí zdravotnické dokumentace; záznam stvrdí svým podpisem osoba, která se práva na přezkoumání lékařského posudku vzdala, a zdravotnický pracovník, který tento záznam provedl. Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte má platnost po **dobu dvou let** od data vystavení (§ 9, odst. 3 zákona 258/2000 Sb. v platném znění), pokud během této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti dítěte.

Veškeré osobní údaje v „Posudku“ uvedené vedeny v souladu s požadavkem plnění právní povinnosti („GDPR“), posudek je po ukončení vrácen zákonnému zástupci nebo jiné oprávněné osobě. Po dobu konání akce je uložen u pověřené osoby bez možnosti přístupu neoprávněné osoby a údaje jsou zpřístupněny pouze lékařům nebo jiným osobám, pokud by údaje v něm uvedené byly potřebné k ochraně života a zdraví.

## 5. Oprávněná osoba

Jméno, popřípadě jména a příjmení oprávněné osoby:

Vztah k posuzovanému dítěti (zákonný zástupce, opatrovník, pěstoun popř. další příbuzný dítěte):

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne: \_\_\_\_\_ a současně se

oprávněná osoba vzdala\* - nevzdala\* práva odvolání dne: \_\_\_\_\_

*\*nehodící se škrtněte*

.....  
Podpis oprávněné osoby

.....  
Datum vydání posudku

.....  
Jméno, příjmení a podpis lékaře  
razítko poskytovatele zdravotních služeb



## ODEVZDEJTE V DEN ODJEZDU (NÁSTUPU NA TÁBOR)

### Prohlášení o bezinfekčnosti\*

Prohlašuji, že účastník (dítě)

.....

narozený

.....

bytem

.....

nejeví známky akutního onemocnění (například horečky nebo průjmu, zvýšené teploty, kašle, dušnosti, bolesti v krku nebo svalů, ztráty chuti a čichu, příp. dalšími příznaky spojenými s onemocněním COVID-19) a že ošetřující lékař nenařídil dítěti změnu režimu.

Prohlašuji, že ve 14 dnech před odjezdem nepřišel do styku s fyzickou osobou pozitivně testovanou na přítomnost viru SARS-CoV-2 nebo jeho antigenu nebo s fyzickou osobou s jiným infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy a ani není nařízeno karanténní opatření.

Prohlašuji, že dítě je schopno se účastnit zotavovací akce.

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

Jméno a příjmení zákonného zástupce

.....

V ..... dne\*

.....

*podpis zákonného zástupce*

\* Toto prohlášení nesmí být starší 1 dne před nástupem na tábor, v případě nezletilého účastníka (dítěte) podepisuje jeho zákonný zástupce.