

# VYHLÁSENIE ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI DIEŤAŤA

(vypĺňa rodič v deň nástupu na tábor /  
odovzdajte pri nástupe zdravotníkovi spolu s kópiou preukazu poistenca)

Meno a priezvisko dieťaťa	
Dátum narodenia dieťaťa	
Adresa trvalého pobytu dieťaťa	
Meno, priezvisko, adresa a telefónne číslo zákonného zástupcu*	

Vyhlasujem, že:\*\*

Dieťa je zdravotne spôsobilé na pobyt v kolektíve aj s ohľadom na charakter zotavovacieho podujatia.

Áno

Nie

Dieťa pravidelne užíva lieky.

Áno

Nie

Ak áno, aké: (názov lieku, dávkovanie a frekvencia užívania lieku)

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

- Dieťa neprejavuje príznaky akútneho ochorenia.
- Dieťa nemá nariadené karanténne opatrenie alebo zákonný zástupca nedisponuje informáciou, že by dieťa počas 14 dní predchádzajúcich dňu odchodu na zotavovacie podujatie prišlo do kontaktu s osobou chorou na prenosné ochorenie alebo osobou podozrivou z nákazy prenosným ochorením.

- Podľa informácií dostupných zákonnému zástupcovi, žiadna z osôb, s ktorými dieťa žije v spoločnej domácnosti, neprišla v priebehu posledných 14 dní do styku s osobami, ktoré prekonali prenosné ochorenie.

Som si vedomý(á), že pri zmene zdravotného stavu dieťaťa a prejave príznakov prenosného ochorenia (napríklad zvýšená teplota, vracanie, hnačka) sa dieťa nemôže zúčastniť zotavovacieho podujatia.

V ..... dňa .....

*(meno, priezvisko a podpis zákonného zástupcu)*

\* Rodič, iná fyzická osoba ako rodič, ktorá má dieťa zverenú do osobnej starostlivosti alebo do pestúnskej starostlivosti na základe rozhodnutia súdu, poručník, opatrovník alebo zástupca zariadenia, v ktorom sa vykonáva ústavná starostlivosť, výchovné opatrenie, neodkladné opatrenie alebo ochranná výchova, výkon väzby, výkon trestu odňatia slobody alebo výkon detencie.

\*\* Správnu možnosť označte X.