

LIST ÚČASTNÍKA

Akce Čimelice 2024 (7.6. - 9.6.2024)

PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ ÚČASTNÍKA AKCE

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil dítěti jméno a příjmení.....

narozenému....., adresa..... změnu režimu, dítě nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teplota, kašel, apod.), nebo příznaky infekce covid-19 (zvýšená teplota, kašel, dušnost, bolest v krku, ztráta chuti a čichu atd.) a okresní hygienik ani ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření. Zároveň ve 14 dnech před odjezdem nepřišlo dítě do styku s osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy a ani jemu, ani jinému příslušníku rodiny žijícímu s ním ve společné domácnosti, není nařízeno karanténní opatření. Není mi též známo, že v posledních dvou týdnech přišlo dítě do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí.

Dítě je schopno účastnit se akce od 7.6.2024 do 9.6.2024. Jsem si vědom(a) právních důsledků, které by mě postihli, kdyby toto mé prohlášení bylo nepravdivé.

Souhlasím s tím, že dítěti může být na akci při nástupu a během akce provedena kontrola vlasů na výskyt vši a potvrzuji, že dítě nepřišlo v poslední době do styku s osobami s výskytem vši a vši ani hnidy se u něj nevyskytují.

V dne.....

.....
podpis zákonného zástupce (rodičů)

ADRESY POBYTU ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ DÍTĚTE (rodičů) či jiných k péči o dítěte pověřených osob dosažitelných v době trvání akce. Kdo je oprávněn případně převzít dítě v době trvání akce.

1. Od..... do..... jméno a příjmení.....

adresa..... telefon.....

2. Od..... do..... jméno a příjmení.....

adresa..... telefon.....

Toto prohlášení musí být vyplněno v den odjezdu a zákonný zástupce, popřípadě účastník akce je povinně odevzdá spolu s kopií průkazu zdravotní pojišťovny při nástupu k odjezdu na akci.

Pokračování na druhé straně...

