



II. BRIGÁDA ZVLÁŠTNÍHO URČENÍ

Šumperská 348, 199 00 Praha 9

streit@bzu.cz ☎ 775 661 890

zitek@bzu.cz ☎ 733 193 853

<http://www.bzu.cz>

PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ ÚČASTNÍKA

Prohlašuji, že ošetřující lékař ani jiný lékařský subjekt nenařídil mému dítěti:

Jméno a příjmení:

rodné číslo:

bydliště:

telefon domů:

změnu režimu, dítě nejeví známky akutního onemocnění (zvýšená teplota, horečka, průjem, kašel, dušnost, bolest v krku, ztráta chuti a čichu atd.) a ve 14 kalendářních dnech před odjezdem nepřišlo do styku s osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy a ani jemu, ani jinému příslušníku rodiny žijícímu s ním v domácnosti, není nařízeno karanténní opatření.

Uvádím rovněž, že ve 14 dnech před odjezdem (nehodící se škrtněte, případně uveďte):

-nepobývalo v zahraničí;

-pobývalo (zde napsat kde a kdy)

Beru na vědomí, že je mou povinností informovat provozovatele tábora, pokud by se do 14 dnů po jeho ukončení u dítěte objevilo infekční onemocnění (COVID-19). Současně upozornění, že v případě prokázaného případu COVID-19 bude tábor ukončen a zákonní zástupci musí sami zajistit dopravu dítěte z tábora domů.

Dítě je schopno účastnit se letního výcvikového tábora od do

Jsem si vědom(a) právních důsledků, které by mě mohly postihnout, kdyby toto mé prohlášení nebylo pravdivé.

ADRESY POBYTU ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ DÍTĚTE či jiných, k péči o dítě pověřených osob dosažitelných v době trvání akce (osob, které jsou oprávněny převzít dítě v době trvání tábora)

1. od do jméno a příjmení telefon

adresa

2. od do jméno a příjmení telefon

adresa

UPOZORNĚNÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ ÚČASTNÍKA

U svého dítěte upozorňuji na tyto nemoci, postižení, výchovné problémy a nutnost braní léků, která mohou ovlivnit jeho účast na táboře a nebyly uvedeny ošetřujícím lékařem. Dítě trpí na tyto alergie, popřípadě upozorňuji na odlišnost ve stravovacích návycích:

Dítě vyoperované slepé střevo. Dítě vši

Současně potvrzuji, že jsem obeznámen(a) se skutečností, že každý účastník respektuje veškeré pokyny vedoucích. Beru na vědomí povinnost na své náklady převzít dítě zpět do své péče před ukončením akce z důvodů zdravotních, při závažném nebo opakovaném přestupku. O důvodech k převzetí dítěte je vedení akce povinno informovat telefonicky či písemně.

Po příjezdu z tábora dítě:

V dne podpis zákonného zástupce dítěte

Toto prohlášení nesmí být starší **jednoho dne** před odjezdem na tábor. Zákonný zástupce, popřípadě účastník tábora jej povinně odevzdá spolu s **kopíjí průkazu ZP** a zdravotními informacemi při nástupu k odjezdu na tábor. V případě nedostatku místa je možno pokračovat na druhé straně. Případně připojené přílohy je třeba jmenovitě uvést v tomto listu účastníka.