

## Prohlášení o bezinfekčnosti

Nesmí být starší než 1 den!

Prohlašuji, že moje dítě \_\_\_\_\_ narozené dne \_\_\_\_\_, trvale bytem \_\_\_\_\_ nepřišlo v posledních třech týdnech před nástupem na tábor do styku se zdrojem přenosné nemoci a ani mu nebylo uloženo karanténní opatření obvodním nebo dětským lékařem.

Prohlašuji, že obsah tohoto prohlášení odpovídá skutečnosti.

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

\_\_\_\_\_ podpis zákonného zástupce dítěte

---

### Adresy zákonných zástupců dítěte, či jiných k péči o dítě pověřených osob, dosažitelných v době konání tábora

1. od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ Jméno: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

2. od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ Jméno: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

### UPOZORNĚNÍ zákonných zástupců dítěte:

Alergie na \_\_\_\_\_

Užívání léků (název) \_\_\_\_\_

Doba užívání \_\_\_\_\_

Zde prosím nalepte kopii obou stran karty zdravotní pojišťovny Vašeho dítěte:

**1. strana kopie karty ZP**

**2. strana kopie karty ZP**

---

### Prohlášení zákonného zástupce k odchodu dítěte z tábora:

Souhlasím / nesouhlasím s tím, že mé dítě bude po ukončení aktivit příměstského tábora chodit domů samostatně.

Osobou, která bude dítě vyzvedávat je \_\_\_\_\_ . (jméno, příjmení)

Osobou, která bude dítě vyzvedávat je \_\_\_\_\_ . (jméno, příjmení)

**Současně sděluji, že je mi známo, že každý účastník podléhá táborovému řádu a podrobuje se ve všem pokynům vedoucích. Nedodržení táborového řádu může mít za následek i vyloučení z tábora.**

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

\_\_\_\_\_ podpis zákonného zástupce dítěte