NÁZEV A KONTAKTNÍ ÚDAJE ŠKOLY:	
NÁZEV AKCE:	TERMÍN KONÁNÍ:

PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ DÍTĚTE

Prohlašuji, že můj syn (má dcera)

Jméno dítěte: .....

Narozené: .....

je způsobilý/á zúčastnit se školy v přírodě

Název ubytovacího zařízení: .....

Termín konání: .

Prohlašuji ve smyslu § 9 odst. 1, zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví v platném znění, že nejeví známky akutního onemocnění (například horečky nebo průjmu), a ve 14 kalendářních dnech před odjezdem do školy v přírodě nepřišlo do styku s fyzickou osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy ani mu není nařízeno karanténní opatření, podrobilo se stanoveným pravidelným očkováním nebo má doklad, že je proti nákaze imunní nebo že se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci.

Jméno zákonného zástupce: .....

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

.....

podpis zákonného zástupce dítěte

NÁZEV A KONTAKTNÍ ÚDAJE ŠKOLY:	
NÁZEV AKCE:	TERMÍN KONÁNÍ:

PROHLÁŠENÍ ODPOVĚDNOSTI ZA ŠKODY ZPŮSOBENÉ DÍTĚTEM

Prohlašuji, že na sebe beru odpovědnost za škody, které způsobí můj syn (má dcera)

Jméno dítěte: .....

Název ubytovacího zařízení: .....

Termín konání: .

Toto prohlášení se vztahuje na vybavení ubytovacího zařízení určeného pro pobyt školy v přírodě, popřípadě na vybavení autobusu. V případě finančních nákladů na opravu poškozeného zařízení se zavazuji tuto škodu uhradit.

Zároveň beru na vědomí, že pedagog nezodpovídá za ztrátu či poškození cenností, elektroniky *(mobilního telefonu, tabletu, …)* či peněz, které si můj syn (má dcera) vezme s sebou na zájezd školy v přírodě.

Jméno zákonného zástupce:.....

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

.....

podpis zákonného zástupce dítěte

NÁZEV A KONTAKTNÍ ÚDAJE ŠKOLY:	
NÁZEV AKCE:	TERMÍN KONÁNÍ:

OSTATNÍ PROHLÁŠENÍ

Milí rodiče, milí zákonní zástupci,

prosíme Vás o vyplnění krátkého dotazníku, který nám pomůže s Vaším dítětem lépe pracovat a pomůže nám být připravení předcházet možným krizovým situacím. Naším záměrem je, aby se Vaše dítě cítilo podobu pobytu dobře. Veškeré informace jsou určené pouze organizátorům akce a jsou důvěrné. Prosím o odevzdání dotazníku společně s přihláškou do školy v přírodě.

Děkujeme za spolupráci.

Jméno dítěte: .....

Místo konání školy v přírodě: .....

Termín konání: .....

- Očkování *(Vaše dítě se podrobilo všem pravidelným očkováním)*

  ☐ ANO ☐ NE

- Alergie *(na některé léky, na bodnutí hmyzem, potravinové alergie, …)*

  .....

- Léky *(napište, pokud dítě používá pravidelně nějaké léky a na co je užívá – nutno vyplnit u léků, které budou žáci užívat během pobytu na škole v přírodě)*

  .....

  ☐ léky bude mít dítě u sebe ☐ léky u sebe bude mít zdravotník

- Ostatní *(diagnóza ADHD, …)*

  .....

- U svého dítěte upozorňuji na další zdravotní a jiná omezení *(diabetes, často krvácí z nosu, často utíká, bojí se psů, nemá orientační smysl, …)*

  .....

  .....

- Dítě:

  ☐ se bojí vody ☐ je neplavec ☐je plavec ☐ je dobrý plavec

- Z čeho má Vaše dítě strach? *(výšky, tma, jiné fobie, …)*

  .....

- Mé dítě velmi baví, co může využít na pobytu *(hra na hudební nástroj, záliba v nějakém oboru – astronomie, příroda, geologie, …)*

  .....

- Souhlasím s fotografováním mého dítěte na akci školy v přírodě

  ☐ ANO ☐ NE

UPOZORNĚNÍ:

Výše uvedené údaje slouží výhradně ke zdravotní informovanosti o Vašem dítěti, jsou považována za osobní údaje a bude s nimi nakládáno podle zákona. Údaje budou archivovány a potom, pokud si je rodiče nevyžádají zpět, budou skartovány. Podpisem potvrzuji, že jsou informace pravdivé.

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

.....

.....
podpis zákonných zástupců dítěte

NÁZEV A KONTAKTNÍ ÚDAJE ŠKOLY:	
NÁZEV AKCE:	TERMÍN KONÁNÍ:

SOUHLAS ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ DÍTĚTE S PODÁVÁNÍM LÉKŮ

Souhlasím s tím, že mému dítěti budou pravidelně podávány níže uvedené léky dle doporučení dětského lékaře/ambulantního specialisty apod. na **výslovné přání (žádost) zákonného zástupce**. Beru na vědomí, že jakékoliv zdravotní obtíže se mnou budou telefonicky konzultovány a řešeny vždy ve spolupráci s organizátorem akce a dětským lékařem.

Jméno dítěte: .....

Narozené: .....

DRUH LÉČIVA	LÉK, KTERÝ DÍTĚ UŽÍVÁ A KDY
tablety při systémové alergické reakci *(celková antihistamika)*	
přípravky proti teplotě *(antipyretika)*	
přípravky proti bolestem hlavy, zubů *(analgetika)*	
přípravky proti kašli *(antitusika, expektorancia)*	
nosní kapky/sprej na uvolnění nosních dýchacích cest *(otorinalaryngologika)*	
tablety proti nevolnosti při jízdě dopravním prostředkem *(antiemetika)*	
kloktadlo pro dezinfekci dutiny ústní a při bolestech hltanu *(stomatologika)*	
oční kapky nebo oční mast s dezinfekčním účinkem, oční voda na výplach očí *(oftalmologika)*	
přípravky k užití při průjmu a při zažívacích potížích	
mast nebo gel na poštípání hmyzem *(lokální antihistamika)*	
přípravek k dezinfekci kůže a povrchových ran	
inertní mast nebo vazelína	
mast nebo sprej k urychlení hojení ran nebo popálenin *(dexpanthenolový přípravek)*	

V případě, že Vaše dítě **pravidelně** užívá jiné léky, než uvádíte výše u jednotlivých kategorií, zapište prosím název léku a jeho užívání zde:

_____
_____
_____
_____

Léky bude podávat pedagogický pracovník na **žádost zákonného zástupce** dle indikace pediatra či jiného lékaře.

Jméno zákonného zástupce:.....

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

.....
podpis zákonného zástupce dítěte