1. Prohlášení zákonných zástupců dítěte – potvrzení o bezinfekčnosti.

Prohlašuji, že dítě:……...

narozen/á ……., bytem:……..

nejeví známky akutního onemocnění (např. průjem, teplota aj.) a netrpí žádnou přenosnou nákazou (např. vši, roupy aj.). V posledních 14 kalendářních dnech nepřišel(a) do styku s osobami, které onemocněly infekčním onemocněním nebo přenosnou nákazou a ani mu není nařízena karanténa.

Dítě je schopno se účastnit zotavovací akce.

V Lelekovicích dne: 16. 6. 2025

……..
podpis zákonného zástupce dítěte v den zahájení pobytu

Jsem si vědom/a právních následků, které by mne postihly, kdyby toto tvrzení nebylo pravdivé.

---

2. Souhlas rodičů se zdravotním ošetřením.

Souhlasím s nezbytným ošetřením mého dítěte, s poskytnutím informací o aktuálním zdravotním stavu dítěte, případně s jeho předáním pověřené osobě – pedagogickému pracovníkovi školy.

Jméno dítěte……..……..…….,

narozen/á……...

bytem…….……...……...

Tento souhlas je platný po dobu pobytu mého dítěte na škole v přírodě v Kamenici nad Lipou.
v termínu 16. 6. – 20. 6. 2025.

Otec

_____

Jméno a příjmení bydliště podpis

Matka

_____

Jméno a příjmení bydliště podpis

V ……dne ……..

3. Žádost o podávání léků.

Jméno a příjmení

dítěte:……...……Narozen/á……

Jméno zákonného zástupce:……..telefonní číslo……

1. V případě horečnatého onemocnění, bolesti apod. mého dítěte na škole v přírodě, zotavovací akci nebo jiné krátké pobytové akci organizované školou nebo školským zařízením sděluji, **že souhlasím s podáním léku proti horečce, bolesti** a to jmenovitě

- Ibalgin 200 *

- Paralen*

2. **SOUHLASÍM/NESOUHLASÍM** s podáním **kynedrilu** na zpáteční cestu. Při odjezdu byl předán v originálním balení zdravotníkovi akce. - ANO/NE*

Současně se na Vás obracíme se žádostí , abyste nás jako zákonné zástupce o podání léku a případném zdravotním stavu bez zbytečného odkladu telefonicky nebo jiným způsobem informovali.

V …….. dne:……. …….

Podpis zákonného zástupce

* nehodící se škrtněte

---

4. Léky

Upozorňuji na pravidelné užívání léků ANO/NE*
Jejich dávkování je uvedeno níže.

Prohlašuji, že mé dítě nemá u sebe žádné léky či doplňky stravy a jsem si vědom/a své zodpovědnosti za možné zneužití léků. Potřebné léky předám při odjezdu dítěte, **V ORIGINÁLNÍM BALENÍ (NE SAMOSTATNOU TABLETU)**, pověřené osobě – pedagogickému pracovníkovi školy.

Rozpis podávání léků pro……..… třída……

	ráno	dopoledne	poledne	odpoledne	večer
Pondělí					
Úterý					
Středa					
Čtvrtek					
Pátek					

!!!!Bez řádně vyplněných údajů nebudou dítěti podávány žádné léky!!!!!!!