

VYHLÁSENIE O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI

nie staršie ako 1 deň odovzdáte s fotokópiou preukazu poistenca pri nástupe

Dieťaťa:

Meno a priezvisko	
Dátum narodenia	
Alergie	
Trvalo užívané lieky	
Zdravotné obmedzenia alebo zvláštnosti	

Zákonný zástupca:

Meno a priezvisko	
Adresa	
Telefón	

Kontaktná osoba v prípade odcestovania rodičov:

Meno a priezvisko	
Adresa	
Telefón	

Vyhlasujem, že:

1. Dieťa neprejavuje príznaky akútneho ochorenia, dieťaťu nie je úradom verejného zdravotníctva ani lekárom nariadené karanténne opatrenie (karanténa, zvýšený zdravotný dozor alebo lekársky dohľad).
2. Dieťa má osvojené základné hygienické návyky, nemá vo vlasoch parazity, neužíva tabakové výrobky, alkohol ani žiadne iné drogy.
3. Som si vedomý(á) právnych následkov v prípade nepriaznivého vyhlásenia a vedomý(á) skutočnosti, že by som sa nepravdivým vyhlásením dopustil(a) priestupku podľa zákona o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia.
4. Som si vedomý(á), že po zistení nepravdivosti niektorého z údajov vyhlásenia musí dieťa bezodkladne na náklady rodiča bez nároku na vyúčtovanie nevyčerpaných služieb opustiť tábor.

.....
Dátum

.....
Podpis zákonného zástupcu