

POTVRZENÍ O BEZINFEKČNOSTI – žák/student

Jméno: _____ Datum narození: _____
Škola: OA Heroldovy sady _____ Třída: _____
Akce: Adaptační kurz _____ Od-do: 11.-13.9.2023 _____
Tel. kontakt na zák. zástupce: _____

Potvrzení o bezinfekčnosti

Potvrzuji, že můj syn/má dcera, jakož i žádný z příslušníků domácnosti, ve které můj syn/má dcera žije, nemá a neměl/a během uplynulých 14 dnů lékařem nebo hygienickou stanicí nařízenou karanténu, změnu režimu nebo zvýšený lékařský dozor, není infekčně nemocný/á (*upozornění: i vši jsou infekční onemocnění*) a nejeví známky akutního onemocnění (*průjem, teplota, bolesti hlavy, v krku atd*).

Není mi též známo, že by v průběhu posledních 14 dnů přišel/přišla do styku s osobou, která je infekčně nemocná, má nebo měla lékařem nebo hygienickou stanicí nařízenou karanténu nebo je u ní podezření na výskyt infekčního onemocnění.

V..... v den odjezdu:..... Podpis zákonného zástupce:

Další zdravotní informace

Svým podpisem níže potvrzuji, že se můj syn/má dcera podrobil/a stanoveným pravidelným očkováním.

Můj syn/má dcera má kontraindikaci proti očkování nebo lékům (*uvedte lék/druh očkování i v případě, že se alergická reakce projevila jen jednou*):

Mé dítě pravidelně užívá tyto léky (*léky přiložit v podepsané obálce/taštičce*): *zde uveďte alergie/zdravotní omezení a názvy léků, které aktuálně užívá, a popište dávkování podle vzoru: např. 1-0-1/2 znamená, že ráno bere jednu celou tabletu, v poledne nic a večer půlku tablety.*

Zdravotní záznam: _____ Vlastní léky: _____



Zdravotní omezení:

- plavec plave s pomůckami neplavec trpí závratí
 nemá problém s výškou Jiná omezení:

Souhlas s poskytnutím lékařského ošetření

V případě úrazu či akutního onemocnění souhlasím v souladu se zákonem o zdravotních službách č.372/2011Sb. ve znění zákona č. 66/2013 Sb. s poskytnutím lékařského ošetření mému synovi/mé dceři v průběhu konání této mimoškolní akce.

V případě, že úraz či onemocnění vyžaduje lékařské ošetření, ale není akutního rázu, nevyžaduje tedy odvoz rychlou záchrannou službou, souhlasím s odvozem mého syna/dcery do lékařského zařízení doprovodným vozidlem organizátora, které je vybaveno také autosedačkou:

ANO NE (nehodící se škrtněte)

V případě onemocnění či úrazu mého dítěte, které bude zamezovat další účasti na školní akci, se zavazuji zajistit jeho odvoz na vlastní náklady. Tato skutečnost se vztahuje i na případné vyloučení žáka z akce z důvodu porušování školního řádu a pravidel.

Souhlas s účastí

Souhlasím s tím, aby se můj syn/má dcera zúčastnil/a školní akce organizované Agenturou Wenku dle předložené nabídky.

Souhlasím s dopravou mého dítěte v rámci této školní akce smluvní dopravou. Jsem si vědom/a a souhlasím, že v průběhu školní akce mohou žáci dostat osobní volno, během kterého nejsou pod přímým dohledem pedagoga.

Souhlasím, aby mému dítěti byly v případě potřeby dle uvážení zdravotníka podány volně dostupné léky.

Souhlasím s tím, že v souvislosti s účastí mého dítěte na této školní akci budou Agenturou Wenku (organizátor) zpracovány osobní údaje mého dítěte. Více o osobních údajích zde: www.wenku.cz/o-wenku/osobni-udaje

V..... dne:.....

Podpis zákonného zástupce:

