



LIST ÚČASTNÍKA

NA AKCI V DOBĚ 6. - 19. 7. 2025

PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ DÍTĚTE O BEZINFEKČNOSTI

Prohlašuji, že dítě

Jméno a příjmení:

Datum narození: Pojišťovna (ne číslo):

Bydliště:

Ošetřující lékař, adresa:

nejeví známky akutního onemocnění (zvýšená teplota, horečka, průjem, kašel, dušnost, bolest v krku, ztráta chuti a čichu atd.) a **ve 14 kalendářních dnech před odjezdem na tábor nepřišlo do styku s osobou nemocnou jakýmkoliv infekčním onemocněním** nebo podezřelou z nákazy a ani jemu, ani jinému příslušníku rodiny žijícímu s ním v domácnosti, není nařízeno karanténní opatření.

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

Adresy pobytu zákonných zástupců dosažitelných v době trvání tábora :

1. Jméno a příjmení :

Adres a telefon :

2. Jméno a příjmení :

Adres a telefon :

UPOZORNĚNÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ

U svého dítěte upozorňuji na tyto nemoci (postižení) a nutnost brání léků, které mohou ovlivnit jeho účast na táboře, přestože byly uvedeny ošetřujícím lékařem. Uveďte, prosím, odlišnosti ve stravovacích návycích, popř. alergie.

.....
.....
.....
.....

Všichni účastníci tábora jsou pojištěni pro případ úrazu.

V

Dne

Prohlášení nesmí být starší 24 hodin před odjezdem.

.....
jméno a podpis zákonného zástupce

