



PÍSEMNÉ PROHLÁŠENÍ RODIČŮ

a souhlas se zdravotní podporou dítěte a podáváním léků
(pro pobytové tábory SVČ Vratimov)

ÚDAJE O DÍTĚTI

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození: _____

Trvalé bydliště: _____

Zdravotní pojišťovna: _____

A) PÍSEMNÉ PROHLÁŠENÍ O BEZINFEKČNOSTI

Prohlašuji, že dítě:

- **nejeví známky akutního infekčního onemocnění**, zejména horečky, průjmu, zvracení, bolesti v krku, kašle, kožních vyrážek, vší nebo jiných příznaků přenosného onemocnění,
- **nepřišlo do styku s osobou**, u níž bylo potvrzeno infekční onemocnění,
- **nemá nařízenou karanténu ani izolaci.**

Toto prohlášení vydávám pro účely účasti dítěte na zotavovací akci.

Toto písemné prohlášení je vydáno v souladu s ustanovením **§ 9 odst. 3 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví**, a **nesmí být starší než jeden den** před zahájením zotavovací akce.

B) ZDRAVOTNÍ OMEZENÍ, ALERGIE A DIETA

Dítě trpí těmito alergiiemi:

Dítě má dietní omezení (bezlepková, bezlaktózová, jiná):

Dítě má jiné zdravotní obtíže nebo omezení důležitá pro účast na táboře:

C) LÉKY UŽÍVANÉ DÍTĚTEM

Prohlašuji, že dítě:

neužívá pravidelně žádné léky

užívá následující léky (uved'te):

| Název léku | Dávkování | Čas podání | Poznámka |
|------------|-----------|------------|----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Zákonný zástupce potvrzuje, že léky byly předány:

- v originálním balení, označené jménem dítěte, s písemným návodem k užívání.

D) POHOTOVOSTNÍ LÉKY, KTERÉ MUSÍ MÍT DÍTĚ TRVALE U SEBE

Dítě musí mít z důvodu svého zdravotního stavu neustále u sebe následující pohotovostní léky nebo zdravotnické pomůcky (*nehodící se škrtněte, popřípadě dopište*):

| Název léku / pomůcky | Důvod použití | Kde je uloženo |
|----------------------------|------------------------------|----------------|
| Epipen / adrenalinové pero | alergická reakce (anafylaxe) | u dítěte |
| Inhalátor (Ventolin apod.) | astmatický záchvat | u dítěte |
| Glukóza / hroznový cukr | hypoglykémie | u dítěte |
| Jiný: _____ | _____ | u dítěte |

Zákonný zástupce potvrzuje, že dítě bylo poučeno o použití těchto léků a že pracovníci organizátora byli informováni o jejich umístění a základním postupu při jejich použití.

Souhlasím, aby v případě akutní potřeby pověřený pracovník organizátora dítěti při použití tohoto léku pomohl nebo jej podal v rámci první pomoci. ANO NE

E) SOUHLAS SE ZDRAVOTNÍ PODPOROU (LAICKÉ ÚKONY)

Souhlasím, aby pověřený pracovník organizátora poskytl dítěti nezbytnou zdravotní podporu v rozsahu laických úkonů, zejména:

- dohled nad užitím léků dítětem,
- pomoc při podání běžných léčivých přípravků (např. inhalace, kapky),
- základní ošetření drobných poranění (dezinfekce, krytí ran).

Tento postup odpovídá společnému sdělení MŠMT a MZ (2024), podle něhož lze ve školním prostředí realizovat laické úkony zdravotní podpory bez zdravotnického pracovníka, pokud jsou nezbytné během pobytu dítěte na akci.

F) SOUHLAS S PODÁNÍM BĚŽNÝCH VOLNĚ PRODEJNÝCH LÉKŮ

Souhlasím, aby v případě potřeby mohl pověřený pracovník organizátora (po konzultaci se zákonným zástupcem, pokud to situace umožní) podat dítěti běžné volně prodejné léky odpovídající věku dítěte, zejména:

- Paracetamol (horečka, bolest)
- Ibuprofen (horečka, bolest)
- Antihistaminikum při alergické reakci
- Dezinfekční prostředky a krytí drobných ran

Jiné: _____

G) SOUHLAS S ODSTRANĚNÍM KLÍŠTĚTE

Souhlasím, aby pověřený pracovník organizátora odstranil dítěti klíště běžným postupem a provedl ošetření místa.

ANO NE

H) POSTUP V AKUTNÍM PŘÍPADĚ

Beru na vědomí, že v případě náhlého zhoršení zdravotního stavu dítěte bude:

- neprodleně kontaktován zákonný zástupce, v případě potřeby přivolána zdravotnická záchraná služba.

KONTAKT NA ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE

Jméno a příjmení zákonného zástupce: _____

Telefonní kontakt: _____

Datum: _____

Podpis zákonného zástupce: _____

Další kontaktní osoba (jméno a telefon): _____