



PÍSEMNÉ PROHLÁŠENÍ RODIČŮ

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

ÚDAJE O DÍTĚTI

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození: _____

Trvalé bydliště: _____

Zdravotní pojišťovna: _____

A) ZDRAVOTNÍ INFORMACE O DÍTĚTI

Dítě trpí těmito alergiemi:

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

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

B) 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.

C) 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

D) 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.

E) 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: _____

F) SOUHLAS S ODSTRANĚNÍM KLÍŠTĚTE

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

ANO NE

G) 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 záchranná služba.

KONTAKT NA ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE

Jméno a příjmení zákonného zástupce: _____

Telefonní kontakt: _____

Datum: _____

Svým podpisem beru na vědomí povinnost informovat pořadatele tábora o všech změnách zdravotního stavu dítěte.

Podpis zákonného zástupce: _____

Další kontaktní osoba (jméno a telefon): _____