

# ZDRAVOTNÍ LIST ÚČASTNÍKA LVK

Jméno: \_\_\_\_\_ Příjmení: \_\_\_\_\_ Datum narození: \_\_\_\_\_ Rodné číslo: \_\_\_\_\_  
Adresa místa trvalého pobytu: \_\_\_\_\_

---

## PROHLÁŠENÍ O BEZINFEKČNOSTI STUDENTA

**(Prohlášení zákonného zástupce dítěte ze dne, kdy student odjíždí na akci pořádanou školou)**

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil mému dítěti změnu režimu, dítě nejeví známky akutního onemocnění (např. teplota, žaludeční, střevní obtíže) a okresní hygienik ani ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření. Není mi též známo, že v posledních dvou týdnech moje dítě přišlo do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí.

Dítě je schopno zúčastnit se LVK od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ .

Jsem si vědom(a) právních následků, které by mě postihly, kdyby toto mé prohlášení nebylo pravdivé.

Dále prohlašuji, že dítě není po úraze ani mu nebyla nařízena poúrazová léčba.

Ke zdravotnímu stavu dítěte uvádím tyto další důležité a aktuální skutečnosti:

Alergie:.....

Astma:.....

Epilepsie:.....

Cukrovka:.....

Bolest hlavy:.....

Alergie na potraviny:.....

Dieta:.....

Jiné/důležité informace:.....

SOUHLASÍM / NESOUHLASÍM\* s tím, aby dítěti mohly být z rozhodnutí zdravotníka podány volně dostupné léky v doporučeném dávkování (např. nevolnost, bolest v krku, zvýšená teplota) a aby zdravotník mohl ošetřit drobná poranění (např. odřeniny aj.).

V případě pravidelného užívání léků POŽADUJI/NEPOŽADUJI dohled nad užíváním léků mého dítěte.

---

## SOUHLAS S OŠETŘENÍM

Souhlasím, aby mé dítě po dobu pobytu na LVK bylo v případě akutního onemocnění či úrazu lékařsky ošetřeno bez mé přítomnosti, pouze v doprovodu odpovědné osoby. Zároveň žádám, abych byl/a následně o nutnosti ošetření informována.

V..... Dne..... Podpis zákonného zástupce:.....

Telefonní číslo zákonného zástupce: .....

**Toto potvrzení vydá každý student při odjezdu na LVK vedoucímu kurzu.  
BEZ TOHOTO POTVRZENÍ NENÍ MOŽNÝ NÁSTUP NA POBYT!**