



LIST ÚČASTNÍKA

skautského tábora 305. oddílu, 15. 7. – 5. 8. 2023, Sedlo

1. Prohlášení zákonných zástupců

Jméno dítěte:

Rodné číslo:/.....

Bydliště:

a. *Bylo / Nebylo** dítě v posledních 6 týdnech napadeno klíštětem
(příp. kdy a kde)

b. Pobyt dítěte v sauně *je / není** možný.

c. Souhlasím, aby dítě bylo dopravováno podle potřeby osobním vozidlem.

d. Souhlasím, aby Junák pořizoval fotografie dítěte a používal je ke své propagaci.

e. Dítě je schopno zúčastnit se tábora od do

f. Dítě užívá tyto léky (seznam a dávkování):
.....
.....
.....

g. Beru na vědomí, že dítě v případě onemocnění a léčby antibiotiky musí z tábora odjet na léčení domů.

h. Jsem si vědom/a právních následků, které by mě postihly, kdyby toto prohlášení bylo nepravdivé.

2. Adresy zákonných zástupců dítěte – k dosažení v době konání tábora

a. od do jméno, příjmení
na adrese, PSČ tel.

b. od do jméno, příjmení
na adrese, PSČ tel.

3. Zvláštní upozornění rodičů (zákonných zástupců) dítěte na:

.....

4. Současně stvrzuji, že mi je známo, že každý účastník tábora podléhá Táborovému řádu a podrobuje se všem pokynům vedoucích a rádců. Nedodržení Táborového řádu může být trestáno i vyloučením z tábora. Dále jsem vzal/a na vědomí, že návštěvy rodičů v táboře nejsou z výchovných a zdravotních důvodů povoleny.

*nehodící se škrtněte



PROHLÁŠENÍ O BEZINFEKČNOSTI

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil osobě
(rodné číslo:) změnu režimu, uvedená osoba nejeví známky akutního onemocnění (průjem, zvýšená teplota atd.), neprojevují se u ní a v posledních dvou týdnech neprojeví příznaky virového infekčního onemocnění (horečka, kašel, dušnost, náhlá ztráta chuti a čichu apod.) a hygienik ani ošetřující lékař jí nenařídili karanténní opatření. Není mi též známo, že v posledních dvou týdnech přišla tato osoba do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí.

Uvedená osoba je schopna se zúčastnit skautského tábora v termínu 15. 7. 2023 – 5. 8. 2023
Kontakt, funkční v době konání tábora, pro případ nutnosti bezodkladného návratu účastníka domů:

jméno a příjmení: telefon:

Jsem si vědom(a) právních důsledků, které by mne postihly, kdyby toto moje prohlášení bylo nepravdivé.

Ministerstvo zdravotnictví stanovilo následující rizikové faktory:

1. Věk nad 65 let s přidruženými chronickými chorobami.
2. Chronické onemocnění plic (zahrnuje i středně závažné a závažné astma bronchiale) s dlouhodobou systémovou farmakologickou léčbou.
3. Onemocnění srdce a/nebo velkých cév s dlouhodobou systémovou farmakologickou léčbou např. hypertenze.
4. Porucha imunitního systému, např.
 - a) při imunosupresivní léčbě (steroidy, HIV apod.),
 - b) při protinádorové léčbě,
 - c) po transplantaci solidních orgánů a/nebo kostní dřeně,
5. Těžká obezita (BMI nad 40 kg/m²).
6. Farmakologicky léčený diabetes mellitus.
7. Chronické onemocnění ledvin vyžadující dočasnou nebo trvalou podporu/náhradu funkce ledvin (dialýza).
8. Onemocnění jater (primární nebo sekundární).



Junák – český skaut,
středisko J. Rady Praha, z. s.
Donovalská 1756/45, 149 00 Praha 4
IČO: 18631487

SOUHLAS ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ S POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE VEDOUCÍMU/ZDRAVOTNÍKOVÍ AKCE:

V době konání letního skautského tábora Sedlo, tj. od 15. 7. 2023 do 5. 8. 2023 souhlasím s poskytováním informací o zdravotním stavu mého nezletilého syna / mé nezletilé dcery (jméno a příjmení), nar.

ve smyslu ustanovení § 31 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o zdravotních službách“)

Matěji Schifflerovi (vůdce tábora), 22. 6. 1999, Ostružinová 2935/5, Praha 10, 10600
Milanu Válkovi (zástupce vůdce tábora), nar. 6. 9. 1993, Na Hroudě 67, Praha 10, 10000.
Janu Heřmánkovi (zdravotník tábora), nar. 14.08. 2002, U Kombinátu 27/2799, Praha 10, 10000.
Jakubu Hajičovi (2. zdravotník tábora), nar. 1. 7. 1991, Evropská 156/674, Praha 6, 16000.
Janu Sedmihradskému (hospodář tábora), nar. 17. 8. 2003, Pod Rapidem 10, Praha 10, 10000
Petru Jechumtálovi (táborový řidič), nar. 3. 8. 2001, Rubensova 2178, Praha 10, 10000

Tento souhlas uděluji na dobu neurčitou, mohu jej však kdykoliv odvolat.

Podpisem níže stvrzuji dokument o třech stranách, který obsahuje LIST ÚČASTNÍKA, PROHLÁŠENÍ O BEIZNFEKČNOSTI a SOUHLAS ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ S POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE.

V Praze dne: _____

Jméno a příjmení zákonného zástupce: _____

Podpis zákonného zástupce: _____