



Účastnický list a prohlášení zákonného zástupce

Dítě:

Jméno, Příjmení.....

Adresa bydliště

Datum narození Zdravotní pojišťovna

Zákonný zástupce:

Jméno, Příjmení

Adresa bydliště

Tel.:..... E mail:.....

Prohlášení o bezinfekčnosti

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil dítěti změnu režimu. Dítě nejeví známky akutního onemocnění (průjem, chřipka atp.), a nebyla mu lékařem ani hygienikem nařízena karanténa. Není mi též známo, že by v posledních dvou týdnech toto dítě přišlo do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí. Souhlasím, že je dítě schopno účastnit se tábora pro děti a mládež ve věku od 7 do 16 let v termínu 18.7. – 1.8.2026. Jsem si vědom(a) právních následků, které by mě postihly, kdyby toto prohlášení nebylo pravdivé.

Souhlas s poskytováním informací o zdravotním stavu dítěte vedoucímu akce a určení osoby přítomné při poskytování zdravotních služeb nezletilému

S ohledem na zákonnou úpravu obsaženou v zákoně o zdravotních službách doplňuji údaje ohledně nezletilého účastníka, jehož jsem zákonným zástupcem (osobou vykonávající rodičovskou odpovědnost), pro dobu konání akce/tábora, tedy v době od 18.7. – 1.8.2026 (dále jen doba konání akce) takto:

Pro dobu konání akce jsou Radek Slavík, datum narození 7.3.1975 a Vendula Slavíková, datum narození 22.8.2002

a) osobou, které dle mého rozhodnutí a souhlasu mají být poskytovány informace o zdravotním stavu nezletilého ve smyslu ustanovení § 31 zákona o zdravotních službách,

b) osobou, na jejíž nepřetržitou přítomnost má můj nezletilý syn/moje nezletilá dcera právo při poskytování zdravotních služeb ve smyslu ustanovení zákona o zdravotních službách.

Shora jmenovaní jsou oprávněni udělit souhlas k poskytnutí zdravotních služeb.





U svého dítěte upozorňuji na tyto zdravotní problémy: (alergie, užívání léků a dávkování...), výchovné problémy (i podezření na požívání alkoholu, drog...) a jiné.

.....

.....

.....

.....

Pravidelně podávané léky, množství, před nebo po jídle...

název léku	ráno	poledne	večer	poznámka

Léky podávané při potížích

Dítě je / není plavec (uplave bez pomoci alespoň 20m)

Před dlouhou cestou dát dítěti léky na nevolnost? (např: Kinedril) ANO / NE

Povinné přílohy: průkaz zdravotní pojišťovny, osobní léky

V Brně dne 18.7.2026

Podpis zákonného zástupce



**Pionýr, z.s., - 30. pionýrská skupina Mládí,
Valchařská 19, 614 00 Brno, IČ: 62158155**