



Nástupní list na CC



Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození: Rodné číslo:

Adresa trvalého bydliště:

Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na zotavovací akci

(nesmí být starší než 2 roky)

1) Posuzované dítě k účasti na zotavovací akci (nehodící se škrtněte)

- A) Je zdravotně způsobilé B) Není zdravotně způsobilé
C) Je zdravotně způsobilé s následujícím omezením:

2) Posuzované dítě:

- A) se podrobilo povinným očkováním dle platného očkovacího kalendáře: ANO NE
B) je proti nákaze imunní (typ/druh):
C) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh):
D) je alergické na:
E) se podrobilo dalšímu volitelnému očkování (klíšťová encefalitida,...):

Zdravotní stav dítěte (nemoci, zdravotní potíže a jiná zdravotní omezení):

.....
.....

Dítě nesmí vykonávat tyto činnosti:

.....
.....

Pravidelně užívané léky (typ/druh, dávkování):

.....
.....
.....

Proti bodu 1) tohoto posudku lze podle § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, podat návrh na jeho přezkoumání do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání poskytovatelem zdravotních služeb, který posudek vydal. Návrh na přezkoumání lékařského posudku nemá odkladný účinek, jestliže z jeho závěru vyplývá, že posuzovaná osoba je pro účel, pro nějž byla posuzována, zdravotně nezpůsobilá nebo zdravotně způsobilá s podmínkou.

.....
podpis oprávněné osoby

datum

.....
razítko a podpis lékaře

Prohlášení rodičů o bezinfekčnosti (nesmí být starší než 1 den)

Jméno a příjmení:

Zákonný zástupce:

Datum narození: Rodné číslo:

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil mému dítěti změnu režimu. Dítě nejeví známky akutního onemocnění (průjem, zvýšená teplota, kašel, dušnost, bolest v krku, ztráta chuti a čichu atd.) a orgán ochrany veřejného zdraví (hygienik) ani ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření. Není mi také známo, že by dítě v posledních čtrnácti dnech přišlo do styku s osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy a ani jemu, ani jinému příslušníku rodiny žijícímu s ním ve společné domácnosti, není nařízeno karanténní opatření. Ve 14 dnech před odjezdem nepobývalo dítě (nebo jiná fyzická osoba přítomná na akci) v zahraničí, v případě, že ano, prosím vyplňte místo pobytu

Pokud Vaše dítě přišlo v posledních dvou týdnech před odjezdem do styku se vši dětskou (př. hnidy), prosíme o dodání potvrzení od lékaře, že Vaše dítě již tuto infekci nemá, ve Vašem vlastním zájmu. Upozorňujeme, že objevit vši, resp. hnidy, je velmi obtížné, a proto Vás prosíme, abyste podrobnou kontrolu provedli u svých dětí sami doma, v klidu a s velkou pečlivostí před podpisem tohoto potvrzení. Naši táboroví vedoucí budou všechny děti kontrolovat hned po příjezdu na Castor Camp, v případě nalezení vši či hnidů ihned podnikneme kroky k jejich likvidaci. Náklady na léčbu plně uhradí rodiče dítěte.

Prohlašuji, že údaje uvedené na nástupním listu odpovídají skutečnosti k dnešnímu dni. Jsem si vědom/-a právních důsledků, pokud by údaje nebyly pravdivé.

Souhlasím s tím, aby v případě nutnosti bylo mé dítě z rozhodnutí zdravotníka tábora a hl. vedoucího tábora ošetřeno u lékaře, případně na lékařské pohotovosti. Zavazuji se při převzetí dítěte z tábora a po předložení dokladu o zaplacení regulačního poplatku tato ošetření uhradit.

.....
Datum (ze dne odjezdu na tábor)

.....
podpis zákonného zástupce

1. Tímto prohlášením SOUHLASÍM – NESOUHLASÍM s pořizováním audio/video záznamů mého dítěte na Castor Campu. Zároveň souhlasím s uveřejněním takto pořizovaných záznamů svého dítěte na webových stránkách www.castorcamp.cz a v oficiálním webovém albu CC. Rovněž souhlasím s využitím audio/video dokumentace pro propagaci Castor Campu.
2. Tímto prohlášením SOUHLASÍM – NESOUHLASÍM s transportem mého dítěte osobním vozem vedoucích Castor Campu k odbornému lékařskému ošetření (u dětského lékaře nebo na lékařské pohotovosti). Zavazuji se při převzetí dítěte z tábora a po předložení dokladu o zaplacení regulačního poplatku, léčiv a doporučených zdravotnických pomůcek tyto výdaje uhradit.
3. Tímto prohlášením SOUHLASÍM – NESOUHLASÍM, aby vedoucí a zdravotník Castor Campu mohli v případě potřeby nahlížet do zdravotnické dokumentace mého dítěte a pořizovat si výpisy či kopie této dokumentace a zároveň jim mohou být sdělovány informace o zdravotním stavu dítěte.
4. Tímto prohlášením SOUHLASÍM – NESOUHLASÍM s poskytnutím zdravotních služeb podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, a to k poskytnutí zdravotních služeb, které NEMOHOU podstatným způsobem negativně ovlivnit další zdravotní stav pacienta nebo kvalitu jeho života.

.....
Datum

.....
podpis zákonného zástupce

Dotazník

Pro přesný přehled o zdravotním stavu dětí prosíme rodiče o vyplnění krátkého dotazníku:

Alergie:

Epilepsie:

Specifita stravy (omezení, jídlo, která dětem opravdu nechutná):

.....
.....

Jiná dlouhodobá onemocnění, problémy:

.....
.....

Léky, které dítě užívá pravidelně (název, dávkování):

.....
.....
.....

Léky, které dítě užívá při obtížích (název, obtíže, dávkování):

.....
.....

Plavec: ANO NE

Dřívější účast na táboře: ANO NE kolikrát:

Mohlo by být/bylo vaše dítě obětí šikany (škola, tábor): ANO NE

Zájmy, záliby dítěte:

.....
.....

Základní povahové rysy dítěte:

.....
.....
.....

Kartička pojištěnce

Zde nalepte fotokopii průkazu pojištěnce zdravotní pojišťovny, nebo zdravotníkovi tento průkaz odevzdejte.

Kontakt na zákonného zástupce

Jméno a příjmení:

Adresa trvalého bydliště:

Mobilní telefon:

Odevzdejte vedoucímu při nástupu dítěte na tábor!

Bez nástupního listu nebude dítě do tábora přijato.

Děkujeme, tým Castor Campu 😊