**PROHLÁŠENÍ RODIČŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE, SOUHLAS S PODÁVÁNÍM LÉKŮ, PŘEVOZEM DÍTĚTE OSOBNÍM AUTOMOBILEM V PŘÍPADĚ NUTNOSTI, S POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU NEZLETILÉHO DÍTĚTE ZDRAVOTNÍKOVI SOUSTŘEDĚNÍ**

jméno, příjmení dítěte: ...................................................................................................................................................

datum narození: ………………......................................................................................................................................

bydliště: .........................................................................................................................………………………………

tel. číslo: ……………………………………………………………………………………………………………….

zdravotní pojišťovna: ……………….………………………………………………………………………………....

číslo pojištěnce: ……………………………………………………………………………………………………….

Prohlašuji, že dítě je zdravotně způsobilé k účasti na soustředění. Zároveň upozorňuji vedení VK Litomyšl a zdravotníka soustředění na:

zdravotní problémy: …………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………… ................................................................................................................

alergie: ............................................................................................................................................................................……........................................................................................................................................................................................................

další zdravotní omezení: ..............................................................................................................................................…......................................................................................................................................……………………………… …………..…………………….

užívané léky (název léku, jak a kdy a na co se lék užívá): ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... .............................................. ................................

 tělesné a plavecké schopnosti: ……………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………….………………………………………….………………………………………….……………..

**KONTAKTNÍ ÚDAJE ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ DÍTĚTE V DOBĚ KONÁNÍ SOUSTŘEDĚNÍ**

jméno otce………………………………………………., tel. číslo: ……………………………………………………

jméno matky: ………………………………………….., tel. číslo: …………………………………………………….

Kontakt na zákonného zástupce dítěte dosažitelného v době konání soustředění:

jméno a příjmení:………………………………………………………………………………...

adresa:…………………………………………………………………………………………….

tel. číslo: ………………………………………………………………........................................

Souhlasím s podáváním základních léků (léky nevyžadující předpis) dítěti v případě nutnosti pověřenou osobou (zdravotník), nebo v případě nouze jinou pověřenou dospělou osobou.

V případě, že má dítě užívat léky jiné, informuje o tom rodič zdravotníka při příchodu dítěte na soustředění. Léky nejlépe zdravotníkovi odevzdat zabalené v sáčku se jménem dítěte a pokyny k užívání.

Souhlasím s převozem dítěte osobním automobilem v případě nutnosti.

V době konání volejbalového soustředění souhlasím s poskytováním informací o zdravotním stavu mého nezletilého dítěte ve smyslu ustanovení §31 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, a to příslušnému zdravotníkovi nebo vedoucímu soustředění, nebo jím pověřené osobě. Zároveň souhlasím s přítomností zdravotníka, či jím pověřené osoby, jako doprovodu u případného lékařského vyšetření či ošetření mého dítěte. Také souhlasím s předáním dítěte, po jeho vyšetření či ošetření, zdravotníkovi soustředění, nebo jím pověřené osobě (např. vedoucímu aj.)

zdravotník soustředění: Jana Valdhansová Kroužilová, nar. 3.11.1978

V .................................. dne.......................... ........

Podpis zákonného zástupce dítěte ze dne příchodu na soustředění

……………………………………………....