

ZÁVAZNÁ PŘIHLÁŠKA NA LETNÍ SOUSTŘEDĚNÍ BYSTRCKÉ SCHOLY

Přihlašujeme svou dceru / syna
na scholové soustředění, konané v termínu 30. 6. – 8. 7. 2015, ve Velkých Losinách.

Datum narození: ____ . ____ . _____

Adresa:

Telefon:

Cena pobytu je: **pro mladší 15 let – 1500 Kč, pro starší 15 let – 1600 Kč.**

Soustředění je nutné zaplatit do 14. června 2015.

Podmínkou přijetí na soustředění je nejen včasné zaplacení, ale i odevzdání veškerých potvrzení.

Dne: ____ . ____ . _____

Podpis rodičů

Pozn.: V případě zájmu o formulář na příspěvek od zaměstnavatele se obraťte na Ondru Š.

Tuto přihlášku s finanční částkou a zdravotním dotazníkem odevzdejte do 14. června 2015!!!

Pokladník scholy: Ondřej Šimon

Vedoucí scholy: Marie Vechetová

Teyschlova 30

Horní Bojanovice 137

635 00 Brno

693 01

Tel.: 773 930 112

Tel.: 731 192 685

Odevzdat při odjezdu zdravotníkovi!!!

spolu s kartičkou pojišťovny, kopií očkovacího průkazu, potvrzením od lékaře, zdravotním dotazníkem a případnými léky

Prohlášení o bezinfekčnosti

Prohlašuji, že mému dítěti s RČ. /

nenaláždil ošetřující lékař změnu režimu, nejeví známky akutního onemocnění (průjem, zvýšená teplota apod.) a ani okresní hygienik či ošetřující lékař mu nenaláždili karanténní opatření. Není mi též známo, že by přišel v posledních dvou týdnech do styku s osobami, které onemocněly infekční nemocí nebo byly podezřelé z nákazy. Dítě je schopno zúčastnit se soustředění konaného 30. 6. – 8. 7. 2015.

Jsem si vědom/a právních následků, které by mne postihly v případě nepravdivosti tohoto prohlášení.

V případě závažného onemocnění dítěte ho odvezu z tábora na vlastní náklady. Rozhodnutí o nutnosti odvozu dítěte je plně v kompetenci zdravotníka a hlavní vedoucí tábora!

Kontakt na rodiče v době konání letního soustředění

Jméno: Telefon:

Adresa:

Souhlas s manipulací se zdravotní dokumentací dítěte

Souhlasím s poskytnutím informací o zdravotním stavu svého dítěte, ve smyslu ustanovení § 31 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o zdravotních službách“), těmto osobám:

Marie Vechetová – vedoucí Bystrcké scholy

Tomáš Lamparter – zdravotník

Dovoluji jim tímto manipulovat se zdravotnickou dokumentací svého dítěte po dobu trvání soustředění.

V Brně dne: ____ . ____ . _____

(nejdříve 1 den před odjezdem na soustředění)

Podpis rodiče:

POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍ AKCI

1. Identifikační údaje

Poskytovatel zdravotních služeb vydávající posudek:

- Název, IČO:
- Adresa:

Posuzované dítě:

- Jméno a příjmení:
- Datum narození:
- Adresa:

2. Účel vydání posudku

Způsobilost dítěte k účasti na zotavovací akci (letním soustředění)

3. Posudkový závěr

A) Posuzované dítě k účasti na zotavovací akci

- a) je zdravotně způsobilé*)
- b) není zdravotně způsobilé*)
- c) je zdravotně způsobilé s omezením*) **)

B) Posuzované dítě

- a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním: ANO - NE
- b) je proti nákaze imunní (typ/druh):
- c) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh):
- d) je alergické na:
- e) dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka):

Poznámka:

*) Nehodící se škrtněte.

**) Bylo-li zjištěno, že posuzované dítě je zdravotně způsobilé s omezením (zátěže apod.), uveďte se omezení podmiňující zdravotní způsobilost k účasti na zotavovací akci.

4. Poučení

Proti bodu 3. části A) 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.

Tento posudek má platnost maximálně 1 rok ode dne vystavení a bez tohoto posudku není možno dle zákona § 9. odst. 2. zákona č. 258/2000 Sb. ve znění zákona 274/2003 Sb. na zotavovací akci dítěte přijmout.

5. Oprávněná osoba

Jméno a příjmení:

Vztah k posuzovanému dítěti (zákonný zástupce, opatrovník, pěstoun popř. další příbuzný dítěte):

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne:

.....
Podpis oprávněné osoby

.....
Datum vydání posudku

.....
Podpis lékaře, razítko poskytovatele zdrav. služeb

Zdravotní dotazník

Uvedené osobní a zdravotní údaje jsou nezbytně nutné pro zdravotníka, vedoucí a případná lékařská ošetření během soustředění. Slouží k předvídání možných komplikací a snaze jim předcházet tam, kde je to možné. Informace jsou přísně důvěrné a nebudou použity k jiným účelům! **Snažte se, prosím, uvést všechny podrobnosti!** **Veškeré léky** je nutno nabalit v dostatečném množství na celou dobu pobytu a podepsané, s podrobným popisem užívání; **odevzdat při odjezdu zdravotníkovi či vedoucí**, kteří se postarají o dodržení správného dávkování u dětí do 15 let. **Nutnou součástí tohoto dotazníku je: lékařské potvrzení, prohlášení o bezinfekčnosti, karta pojištěnce, očkovací průkaz (kopie)**, které budou bezprostředně po příjezdu domů navraceny zdravotníkem či vedoucí zpět do rukou rodičů.

Jméno a příjmení:

Datum narození: ____ . ____ . _____ Zdravotní pojišťovna:

Adresa:

- Plavec: ANO x NE

- Alergie

- na léky (antibiotika, léky na teplotu s obsahem paracetamolu či brufenu, protialergické léky, aj.):

.....

- na desinfekce a zdravotnický materiál (hlavně jódové desinf., náplasti, obvazy, aj.):

.....

- na potraviny (ryby, ořechy, vejce, lepek, kravské mléko, aj.):

.....

- ostatní (seno, trávy, pyl, prach, roztoči, zvířecí srsti, chlor, slunce, aj.):

.....

- Trvalá onemocnění dítěte (astma, diabetes, epilepsie, migréna, ekzém, celiakie, onemocnění štítné žlázy, poruchy srážení krve, aj.):

- Užívané léky (název, dávkování + důvod užívání):

Název	Dávkování

- Jiná omezení (hyperaktivita, náměšičnost, strach ze tmy či z výšek, poruchy vyprazdňování, poruchy chování, ortézy, aj.):

.....

- Stravovací omezení (vegetariánství, zdravotní dietní opatření, poruchy příjmu potravy, aj.):

.....

- Prodělaná onemocnění (infekční žloutenka, spála, průšnice, plané neštovice, zarděnky, mononukleóza, aj.):

.....

- Úrazy, operace:

- Datum posledního očkování proti tetanu: ____ . ____ . _____

- Jméno + telefonní kontakt na praktického lékaře:

V Brně dne ____ . ____ . _____

(podpis zákonného zástupce)