

## ZÁVAZNÁ PŘIHLÁŠKA NA LETNÍ SOUSTŘEDĚNÍ BYSTRCKÉ SCHOLY

Přihlašuji .....

na soustředění Bystrcké scholy konané v termínu 1. – 9. 7. 2016 v Prasklicích.

Datum narození: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Adresa: .....

Telefon: .....

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

Soustředění je nutné zaplatit do neděle 19. června 2016. Podmínkou přijetí na soustředění je nejen včasné zaplacení, ale i odevzdání veškerých potvrzení (vyjma potvrzení o bezinfekčnosti).

Dne: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ .....

Podpis zákonného zástupce

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

**Tuto přihlášku s finanční částkou a potvrzeními odevzdejte do neděle 19. června 2016!!!**

**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 potvrzením od lékaře a zdravotním dotazníkem

### Prohlášení o bezinfekčnosti

Já,....., RČ...../..... prohlašuji, že jsem úplně zdravý, v místě, z něhož mám nastoupit do tábora, není žádná infekční choroba a okresní hygienik ani ošetřující lékař nenařídil karanténní opatření ani zvýšený zdravotnický dozor. Není mi též známo, že bych přišel v posledních dvou týdnech do styku s infekční chorobou nebo s osobami podezřelými z nákazy. Jsem schopen zúčastnit se soustředění konaného 1. – 9. 7. 2016 v Prasklicích.

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

#### Souhlas s manipulací se zdravotní dokumentací

Souhlasím s poskytnutím informací o svém zdravotním stavu, 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 svou zdravotnickou dokumentací po dobu trvání soustředění.

V Brně dne: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

(nejdříve 1 den před odjezdem na soustředění)

Podpis:

.....zde odstříhnout.....

#### I. Lékařské potvrzení zdravotní způsobilosti pracovat s dětmi

#### II. Zdravotní průkaz pracovníka v potravinářství

Na základě ustanovení § 10 a § 12 zákona č. 258/2000 Sb. (a znění pozdějších předpisů) o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, podle kterých:

"Fyzické osoby činné při škole v přírodě nebo zotavovací akci jako dozor nebo zdravotník musejí být k této činnosti zdravotně způsobilé."

**Vydávám toto lékařské potvrzení:**

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Rodné číslo: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Zdravotní pojišťovna: \_\_\_\_\_

**Závěr:** Je zdrav(a) a psychicky i fyzicky způsobilý/á jako osoba činná při zotavovacích akcích a táborech pro děti a mládež jako dozor (vedoucí dětského kolektivu) nebo pracovník. Je schopen/na práce ve stravovacím provozu.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

razítko a podpis ošetřujícího praktického lékaře

# 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; **odevdat 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)