**LIST ÚČASTNÍKA A PROHLÁŠENÍ O BEZINFEKČNOSTI k účasti na zotavovací akci**

|  |
| --- |
| **OZNAČENÍ AKCE** |
| **Název akce:** | LT | S čerty nejsou žerty | **Organizátor:** | Středisko volného času Klíč, příspěvková organizace |
| **Termín:** | 1. 7. – 8. 7. 2023 | **Místo:** | Táborová základna, Sloup, okres Blansko |
| **Typ akce:** | Letní pobytový tábor se všeobecným zaměřením, stany s podsadou, latríny. |
| **ÚČASTNÍK** |
| **Jméno a příjmení:** |  |
| **Bydliště:** |  |
| **Datum narození:** |  | **Zdravotní poj.:** |  | **Telefon:** |  |
| **ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE (OPRÁVNĚNÁ OSOBA)** |
| **Jméno a příjmení:** |  |
| **Vztah k dítěti:** |  |
| **Jméno a příjmení:** |  |
| **Vztah k dítěti:** |  |
| **KONTAKTNÍ OSOBA V DOBĚ KONÁNÍ TÁBORA** *(vyplňte v případě, že zákonný zástupce bude v době akce nedostupný)* |
| **Jméno a příjmení:** |  |
| **Bydliště:** |  |
| **Vztah k dítěti:** |  |
| **Telefon 1:** |  | **Telefon 2:** |  | **E-mail:** |  |
| **PLAVEC, NEPLAVEC** |
| **[ ]  Účastník je plavec** **[ ]  Účastník je neplavec** | *Plavec je jedinec, který uplave min. 25 metrů bez známek zjevné únavy.* |
| **PROHLÁŠENÍ O BEZINFEKČNOSTI** |
| Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil uvedenému účastníku změnu režimu, účastník nejeví známky akutního onemocnění (teplota, průjem, kašel, dušnost, ztráta chuti, čichu apod.) a hygienik ani ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření. Není mi též známo, že v posledních dvou týdnech přišel tento účastník do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí. **ÚČASTNÍK je schopEn zúčastnit se letní zotavovací akce.**Jsem si vědom(a) právních následků, které by mě postihly, kdyby toto mé prohlášení nebylo pravdivé. |
| **LÉKY V DOBĚ KONÁNÍ ZOTAVOVACÍ AKCE** |
| ***Má-li užívat účastník během zotavovací akce léky, je nutno je odevzdat i s přesným návodem při zahájení akce zdravotníkovi tábora.*** |
| **Název léku a dávkování:** | **Název léku a dávkování:** |
| **Název léku a dávkování:** | **Název léku a dávkování:** |
| **Název léku a dávkování:** | **Název léku a dávkování:** |
| **UPOZORŇUJI NA (ZDRAVOTNÍ PROBLÉMY, OMEZENÍ APOD.):** |
|  |
| **DATUM A PODPIS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE** |
| **V(e)** | **dne** | **Podpis zákonného zástupce** |
|  |  |  |