

POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI K PRÁCI S DĚTMI

Jméno a příjmení:

rodné číslo:

bydliště:

Na základě ustanovení § 10 a § 12 zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví a změně některých souvisejících zákonů, podle kterých fyzické zletilé osoby činné při zotavovací akci jako dozor musejí být k této činnosti zdravotně způsobilé, vydávám toto potvrzení a prohlašuji, že výše jmenovaný(á) je zdravotně způsobilý(á) při zotavovací akci pro děti a mládež působit jako dozor nebo vedoucí dětského kolektivu.

V

dne

razítko a podpis praktického lékaře,
u kterého je jmenovaný registrován

Prohlášení platí 2 roky ode dne vystavení.

PROHLÁŠENÍ O BEZINFEKČNOSTI

Jméno a příjmení:

datum narození:

bydliště:

Prohlašuji, že mi lékař nenařídil změnu režimu, nejevím žádné známky akutního onemocnění (např. horečka, průjem aj.) a hygienik ani ošetřující lékař mi nenařídil karanténní opatření. Není mi známo, že bych v posledních dvou týdnech přišel(a) do styku s osobami, které onemocněly nebo jsou podezřelé z onemocnění přenosnou nemocí.

Jsem schopen(a) plně se účastnit letního tábora Pentagramus v termínu:

Jsem si vědom(a) právních důsledků, které by mne postihly, kdyby toto mé prohlášení bylo nepravdivé.

V

dne

PODPIS ÚČASTNÍKA

Prohlášení nesmí být starší 1 dne před nástupem na akci.