**Prohlášení rodičů**

Odevzdat při nástupu na LVVZ

**PROHLAŠUJI, ŽE**

**1) hygienik ani ošetřující lékař nenařídil mému dítěti:**

jméno:……………………………………..…, datum narození: ……………...,

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

které je v mé péči, karanténní opatření (karanténu, zvýšený zdravotní dohled), a že mi není též známo, že v posledním týdnu přišlo dítě do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí. Jsem si vědom(a) právních následků, které by mě postihly, kdyby toto prohlášení bylo nepravdivé, zejména jsem si vědom(a) případných následků.

**2) bylo odborně seřízeno vázání lyží, snowboardu**

**3) při vážném onemocnění nebo závažném kázeňském přestupku dítěte zajistíme jeho odvoz domů na naše náklady,**

**4) že jsme nezatajili žádné údaje o zdravotním stavu našeho dítěte**, které by mohly být závažné vzhledem k činnostem na LVVZ (alergie, epilepsie, srážlivost krve, onemocnění srdce, diabetes,...).

Uvádíme seznam léků, které pravidelně užívá a způsob jejich užívání, dítě je léky dostatečně vybaveno

(léky jsou v originálním balení):

……………………..……………………………………………………………………………………..

Dítě na LVVZ s sebou nemá žádné léky, které by si samo dávkovalo (např. Ibalgin atd.).

**5) dítě je schopno zúčastnit se lyžařského kurzu v plném rozsahu.**

Pro případný kontakt uvádíme údaje platné po dobu LVVZ:

Telefon:

Otec: ……………………..

Matka: ……………………..

Případně jiný telefonní kontakt: ……………………..

V …………………………… dne 4. 2. 2024 podpis …………………………………………

**6) souhlasím – nesouhlasím s poskytnutím zdravotních služeb.**

Navrhovaná (vyžadovaná) zdravotní služba: ošetření v případě úrazu či nemoci v období 5. – 9. 2. 2024. (během pobytu na lyžařském výcviku).

Níže uvedený svým podpisem potvrzuje výše uvedené a vyjadřuje svůj souhlas či nesouhlas s poskytnutím této služby.

zákonný zástupce

Jméno a příjmení: ………………………………….….….., narozen(a) dne ………………………………….

**S poskytnutím souhlasím – nesouhlasím**. ……………………………………

 Podpis zákonného zástupce

**Prohlášení rodičů**

Odevzdat při nástupu na LVVZ

**PROHLAŠUJI, ŽE**

**1) hygienik ani ošetřující lékař nenařídil mému dítěti:**

jméno:……………………………………..…, datum narození: ……………...,

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

které je v mé péči, karanténní opatření (karanténu, zvýšený zdravotní dohled), a že mi není též známo, že v posledním týdnu přišlo dítě do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí. Jsem si vědom(a) právních následků, které by mě postihly, kdyby toto prohlášení bylo nepravdivé, zejména jsem si vědom(a) případných následků.

**2) bylo odborně seřízeno vázání lyží, snowboardu**

**3) při vážném onemocnění nebo závažném kázeňském přestupku dítěte zajistíme jeho odvoz domů na naše náklady,**

**4) že jsme nezatajili žádné údaje o zdravotním stavu našeho dítěte**, které by mohly být závažné vzhledem k činnostem na LVVZ (alergie, epilepsie, srážlivost krve, onemocnění srdce, diabetes,...).

Uvádíme seznam léků, které pravidelně užívá a způsob jejich užívání, dítě je léky dostatečně vybaveno

(léky jsou v originálním balení):

……………………..……………………………………………………………………………………..

Dítě na LVVZ s sebou nemá žádné léky, které by si samo dávkovalo (např. Ibalgin atd.).

**5) dítě je schopno zúčastnit se lyžařského kurzu v plném rozsahu.**

Pro případný kontakt uvádíme údaje platné po dobu LVVZ:

Telefon:

Otec: ……………………..

Matka: ……………………..

Případně jiný telefonní kontakt: ……………………..

V …………………………… dne 4. 2. 2024 podpis …………………………………………

**6) souhlasím – nesouhlasím s poskytnutím zdravotních služeb.**

Navrhovaná (vyžadovaná) zdravotní služba: ošetření v případě úrazu či nemoci v období 5. – 9. 2. 2024. (během pobytu na lyžařském výcviku).

Níže uvedený svým podpisem potvrzuje výše uvedené a vyjadřuje svůj souhlas či nesouhlas s poskytnutím této služby.

zákonný zástupce

Jméno a příjmení: ………………………………….….….., narozen(a) dne ………………………………….

**S poskytnutím souhlasím – nesouhlasím**. ……………………………………

 Podpis zákonného zástupce