ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ O BEZINFEKČNOSTI

1. IDENTIFIKACE ŠKOLY

Název: Základní škola, Trutnov, Komenského 399

Adresa: Komenského 399, 54101 Trutnov

IČ: 64 20 11 80

Email: zskomtu@zskomtu.cz

Telefon: 499 811 195

dále jen Organizace

2. IDENTIFIKACE ŽÁKA

Jméno: _____

Příjmení: _____

Třída: _____

3. IDENTIFIKACE MIMOŠKOLNÍ AKTIVITY

Mimoškolní aktivita: _____

pořádaná v termínu: _____

4. ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ

Prohlašuji, že můj syn / dcera identifikovaný v části 2 nejeví známky akutního onemocnění (např. horečky nebo průjmu) a ve 14 kalendářních dnech před konáním mimoškolní aktivity žák nepřišel do styku s fyzickou osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy, ani mu není nařízeno karanténní opatření. Jsem si vědom právních následků, které by mne postihly, kdyby toto mé prohlášení bylo nepravdivé.

5. PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ

Z titulu zákonného zástupce dítěte beru na vědomí, že výše uvedené osobní údaje jsou zpracovány ze zákonných či oprávněných důvodů. Osobní údaje budou školou zpracovávány po dobu trvání docházky dítěte do Organizace identifikované v záhlaví žádosti. Při ukončení docházky do Organizace budou všechny údaje řádně archivovány po dobu nařízenou platnými právními předpisy. Na moji písemnou žádost mohou být tyto údaje předány jinému správci nebo mohou být vydány mně. Kdykoliv mohu vyzvat Organizaci, aby mne informovala, jakým způsobem jsou tato data zpracovávána a zabezpečena. Zákonný zástupce potvrzuje závazně, že uvedené údaje jsou pravdivé.

V Trutnově dne

_____

hůlkovým písmem jméno a příjmení zákonných zástupců + podpis

6. SEZNAM POVINNÉ VÝBAVY PŘED KONÁNÍM MIMOŠKOLNÍ AKTIVITY

Zákonní zástupci si jsou vědomi, že v den nástupu na mimoškolní aktivitu zajistí, aby měl žák u sebe:

- průkaz zdravotní pojišťovny žáka nebo jeho kopie,
- posudek o zdravotní způsobilosti žáka k účasti na mimoškolní aktivitě **(POUZE V PŘÍPADĚ ZOTAVOVACÍ AKCE!)**
- léky, které žák pravidelně užívá: _____
- identifikační průkaz (občanský průkaz nebo pas při cestě do zahraničí).

7. ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ

Zákonní zástupci berou na vědomí a svým podpisem souhlasí:

☐ Souhlasí s uvedením osobních údajů žáka pro potřeby mimoškolní aktivity (ubytování, vstupy).

☐ Na mimoškolní aktivitu vybavím žáka dle doporučení školy. Svým podpisem potvrzuji, že jsem zkontroloval či odbornou firmou nechal zkontrolovat sportovní vybavení na mimoškolní aktivitu (v případě lyžařského kurzu lyžařskou výbavu či v případě cyklistického kurzu povinnou cyklistickou výbavu).

☐ V případě zvláštních okolností, zejména onemocnění žáka zajistím jeho okamžitý individuální odvoz domů, ještě před stanoveným termínem společného návratu.

☐ Jsou si vědomi, že na mimoškolní aktivitu nemůže být vyslán žák, jehož zdravotní stav by mohl být tímto pobytem ohrožen a žák, který by mohl zdravotně ohrozit ostatní žáky. Písemné prohlášení o těchto skutečnostech odevzdá před odjezdem na mimoškolní aktivitu.

Z titulu zákonného zástupce dítěte beru na vědomí, že výše uvedené osobní údaje jsou zpracovány ze zákonných či oprávněných důvodů. Osobní údaje budou školou zpracovávány po dobu trvání docházky dítěte do Organizace identifikované v záhlaví žádosti. Při ukončení docházky do Organizace budou všechny údaje řádně archivovány po dobu nařízenou platnými právními předpisy. Na moji písemnou žádost mohou být tyto údaje předány jinému správci nebo mohou být vydány mně. Kdykoliv mohu vyzvat Organizaci, aby mne informovala, jakým způsobem jsou tato data zpracovávána a zabezpečena. Zákonný zástupce potvrzuje závazně, že uvedené údaje jsou pravdivé.

V Trutnově dne

_____

hůlkovým písmem jméno a příjmení zákonných zástupců + podpis

POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI ŽÁKA

EVIDENČNÍ ČÍSLO POSUDKU: _____

1. IDENTIFIKACE ŽÁKA

Jméno: _____ Příjmení: _____

Datum narození: _____

Adresa bydliště: _____

2. IDENTIFIKACE MIMOŠKOLNÍ AKTIVITY – ÚČEL VYDÁNÍ POSUDKU

Mimoškolní aktivita: _____

pořádaná v termínu: _____

3. POSUDKOVÝ ZÁVĚR OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE

A) ☐ žák uvedený v části 1. je zdravotně způsobilý k účasti na mimoškolní aktivitě v části 2. *)
B) ☐ žák uvedený v části 1. není zdravotně způsobilý k účasti na mimoškolní aktivitě v části 2. *)
C) ☐ žák uvedený v části 1. je zdravotně způsobilý k účasti na mimoškolní aktivitě v části 2. s omezením: *)

_____

Posuzovaný žák v části 1. tohoto posudku:

- se podrobil stanoveným pravidelným očkováním ☐ ano ☐ ne
- je imunní proti nákaze (typ/druh): _____
- má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh): _____
- je alergické na: _____
- dlouhodobě užívá léky (typ/druh/dávka): _____

☐ má omezení fyzických aktivit: _____

*) Nehodící se škrtněte. Bylo-li zjištěno, že posuzovaný žák je zdravotně způsobilé s omezením, uvede se omezení podmiňující zdravotní způsobilost k účasti na mimoškolní aktivitě. Platnost posudku je 24 měsíců od data vystavení.

4. POUČENÍ:

Proti části Posudkový závěr ošetřujícího lékaře části A) tohoto posudku lze podle § 46odst. 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.

5. PŘEVZETÍ OPRÁVNĚNOU OSOBOU:

Jméno oprávněné osoby: _____ Příjmení oprávněné osoby: _____

Vztah k posuzovanému žáku: ☐ zákonný zástupce ☐ opatrovník ☐ pěstoun ☐ jiné: _____

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne: _____

Podpis oprávněné osoby: _____

V Trutnově dne

_____
razítko + podpis ošetřujícího lékaře