



**Masarykova základní škola a mateřská škola Žalhostice,
okres Litoměřice, příspěvková organizace**

Žalhostice čp. 126, Žalhostice, PSČ 41101, IČO 72745096, datová schránka pxmkjb8

**ZDRAVOTNÍ DOTAZNÍK A PROHLÁŠENÍ
PRO AKCI „VODOU PORTOU 2026“**

Tímto prohlašuji, že mé dítě je způsobilé fyzicky i duševně k účasti na akci „VODOU PORTOU 2026“.

Mé dítě je PLAVEC – NEPLAVEC (neplavec se nemůže zúčastnit výpravy!)

- **Uplave metrů.**

Rodič či zákonný zástupce je povinen o přihlášeném účastníkovi poskytnout úplné a pravdivé údaje identifikační a kontaktní, relevantní údaje o zdravotním stavu a identifikační a kontaktní údaje o alespoň jednom z rodičů či zákonném zástupci. V případě neposkytnutí těchto údajů člen nemůže být přijat. Poskytnutí ostatních osobních údajů je dobrovolné.

Rodič nebo jiný zákonný zástupce výslovně souhlasí se zpracováním údajů o zdravotním stavu účastníka.

.....
podpis zákonného zástupce

Aby o Vaše dítě mohlo být co nejlépe postaráno, žádáme Vás o vyplnění tohoto dotazníku.
Dotazník vyplňuje zákonný zástupce dítěte.

Jméno a příjmení dítěte

.....

1. Je Vaše dítě na něco alergické? ANO – NE (pokud ANO na co je alergické, bere léky? – jaké, případně jak se tato alergie projevuje, jaký nejhorší projev jste zažili, jak jste akutní stav vyřešili)

.....

.....

2. Má Vaše dítě nějaká zdravotní omezení či dlouhodobé zdravotní potíže (např. po úrazu, díky vrozené dispozici apod.)? **ANO - NE** (pokud ANO - jaká omezení z tohoto pro něj vyplývají?)

.....

3. Trpí Vaše dítě častými potížemi či bolestmi (hlavy, kolenou, apod.)? **ANO - NE**

- pokud ANO, jak tuto situaci řešíte?

.....



**Masarykova základní škola a mateřská škola Žalhostice,
okres Litoměřice, příspěvková organizace**

Žalhostice čp. 126, Žalhostice, PSČ 41101, IČO 72745096, datová schránka pxmkjb8

4. Užívá Vaše dítě pravidelně nějaké léky? ANO – NE

- pokud ANO jaké léky, uveďte jejich dávkování

.....

**V den odjezdu na výpravu budou tyto léky předány zdravotníkovi.
Léky musí být doplněny originálním příbalovým letákem.**

5. Trpí Vaše dítě nějakým nezvykle silným strachem, fobií? ANO – NE

- pokud ANO – Jakými strachy:

.....

6. Další informace, které nám chcete sdělit:

.....

Výprava je vybavena léky a zdravotnickým materiálem v rozsahu dle vyhlášky o zotavovacích akcích pro děti a mládež, k dispozici jsou konzultace s pediatrem. Není třeba děti vybavovat žádnými vlastními léky (mimo pravidelně užívaných) – např. léky proti bolesti, zácpě apod. **Pokud chcete dítě vybavit vlastními léky, nečiňte tak bez vědomí zdravotníka, léky předejte zdravotníkovi v den odjezdu na akci. Děkujeme.**

Datum..... Čitelný podpis zákonného zástupce dítěte

Podpis zákonného zástupce