



## Potvrzení o bezinfekčnosti

Toto prohlášení musí být vyplněno a odevzdáno pořadateli v den zahájení zotavovací akce. Zákonný zástupce toto potvrzení odevzdá spolu s průkazem zdravotní pojišťovny (kopii), očkovacím průkazem (kopii) a zdravotním posudkem ošetřujícího lékaře (originál). Vše vám bude vráceno.

Prohlašuji, že dítě \_\_\_\_\_ datum narození \_\_\_\_\_

Adresa \_\_\_\_\_

- nejeví známky akutního onemocnění (horečky, průjem),
- že dítě (nebo jiná fyzická osoba přítomná na akci) nejeví známky akutního onemocnění (*například horečky nebo průjmu*), vzhledem k epidemiologické situaci se rozšiřuje výčet o příznaky infekce COVID-19, tj. zvýšená teplota, kašel, dušnost, bolest v krku, ztráta chuti a čichu atd.,
- ve 14 dnech před odjezdem nepřišlo dítě (nebo jiná osoba přítomná na akci) do styku s osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy a ani jemu, ani jinému příslušníku rodiny žijícímu s ním ve společné domácnosti, není nařízeno karanténní opatření.

Dítě má tyto zdravotní problémy (např. alergie, nemá zdravotní problémy): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dítě bere pravidelně tyto léky a souhlasím s jejich podáním (např. žádné léky neužívá): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tímto zplnomocňuji v případě bolestí břicha, zvýšené teploty, bolesti v krku a anafylaktické reakce, vedoucí zdravotníka akce, aby podal mému dítěti uvedené léky a prohlašuji, že na tyto léky není dítě alergické. O podání vás budeme vždy informovat. V případě alergie na tyto léky, запиšte do bezinfekčnosti.

- bolestí břicha – Hylak, Smekta, Černé uhlí, Motilium,
- zvýšené teploty – Ibuprofen, Paralen, Panadol,
- anafylaktické reakce (potr. alergie projevující se otokem jazyka, rtů, dušností, svěděním kůže, nevolností...) Dithiaden, Prednison, Rectodelt,
- bolesti v krku - Anginal,
- kašel – Stoptusin, Mucoplant, Robitussin.

Další závažné informace pro pořadatele a zdravotníka zotavovací akce: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel. spojení pro potřeby zdravotníka: \_\_\_\_\_

Prohlašuji, že je dítě schopno účastnit se akce v Kounicích v termínu od 28.6.2025 do 5.7.2025 a souhlasím s podáním výše uvedených léků.

V \_\_\_\_\_ dne 27.6.2025

\_\_\_\_\_

Jméno, příjmení a podpisy zákonných zástupců