

**POTVRZENÍ O BEZINFEKČNOSTI – žák/student**

Jméno: \_\_\_\_\_ Datum narození: \_\_\_\_\_  
Škola: \_\_\_\_\_ Třída: \_\_\_\_\_  
Akce: \_\_\_\_\_ Od-do: \_\_\_\_\_  
Tel. kontakt na zák. zástupce: \_\_\_\_\_

**Potvrzení o bezinfekčnosti**

Potvrzuji, že můj syn/má dcera, jakož i žádný z příslušníků domácnosti, ve které můj syn/má dcera žije, nemá a neměl/a během uplynulých 14 dnů lékařem nebo hygienickou stanicí nařízenou karanténu, změnu režimu nebo zvýšený lékařský dozor, není infekčně nemocný/á (*upozornění: i vši jsou infekční onemocnění*) a nejeví známky akutního onemocnění (*průjem, teplota, bolesti hlavy, v krku atd*).

Není mi též známo, že by v průběhu posledních 14 dnů přišel/přišla do styku s osobou, která je infekčně nemocná, má nebo měla lékařem nebo hygienickou stanicí nařízenou karanténu nebo je u ní podezření na výskyt infekčního onemocnění.

A to vše bez ohledu na očkování.

Jsem si vědom/a, že šíření infekčního onemocnění vědomé i z nedbalosti, je trestným činem a uvědomuji si právní následky, které by mne postihly, kdyby toto prohlášení nebylo pravdivé.

V..... v den odjezdu:..... Podpis zákonného zástupce: .....

**Další zdravotní informace**

Svým podpisem níže potvrzuji, že se můj syn/má dcera podrobil/a stanoveným pravidelným očkováním.

Můj syn/má dcera má kontraindikaci proti očkování nebo lékům (*uvedte lék/druh očkování i v případě, že se alergická reakce projevila jen jednou*):

Mé dítě pravidelně užívá tyto léky (*léky přiložit v podepsané obálce/taštičce*): *zde uveďte alergie/zdravotní omezení a názvy léků, které aktuálně užívá, a popište dávkování podle vzoru: např. 1-0-1/2 znamená, že ráno bere jednu celou tabletu, v poledne nic a večer půlku tablety.*

Zdravotní záznam:

Vlastní léky:

**Zdravotní omezení:**

- plavec       plave s pomůckami       neplavec       trpí závratí  
 nemá problém s výškou      Jiná omezení:

**Souhlas s poskytnutím lékařského ošetření**

V případě úrazu či akutního onemocnění souhlasím v souladu se zákonem o zdravotních službách č.372/2011Sb. ve znění zákona č. 66/2013 Sb. s poskytnutím lékařského ošetření mému synovi/mé dceři v průběhu konání této mimoškolní akce.

V případě, že úraz či onemocnění vyžaduje lékařské ošetření, ale není akutního rázu, nevyžaduje tedy odvoz rychlou záchrannou službou, souhlasím s odvozem mého syna/dcery do lékařského zařízení doprovodným vozidlem organizátora, které je vybaveno také autosedačkou:

**ANO    NE** (nehodící se škrtněte)

V případě onemocnění či úrazu mého dítěte, které bude zamezovat další účasti na školní akci, se zavazuji zajistit jeho odvoz na vlastní náklady.

**Souhlas s účastí**

Souhlasím s tím, aby se můj syn/má dcera zúčastnil/a školní akce organizované Agenturou Wenku dle předložené nabídky.

Souhlasím s dopravou mého dítěte v rámci této školní akce smluvní dopravou. Jsem si vědom/a a souhlasím, že v průběhu školní akce mohou žáci dostat osobní volno, během kterého nejsou pod přímým dohledem pedagoga.

Souhlasím s tím, že v souvislosti s účastí mého dítěte na této školní akci budou Agenturou Wenku (organizátor) zpracovány osobní údaje mého dítěte. Více o osobních údajích zde: [www.wenku.cz/o-wenku/osobni-udaje](http://www.wenku.cz/o-wenku/osobni-udaje)

**Epidemiologické pokyny**

Každý účastník je povinen mít s sebou na akci **alespoň dva respirátory** (jeden + náhradní) **nebo dvě nanoroušky** (jednu + náhradní, s viditelným označením od výrobce, že se jedná o nanomateriál) a dezinfekční gel na ruce.

V..... dne:.....

Podpis zákonného zástupce: .....