**INSTRUKTOR POD 18 LET JE POVINNEN MÍT PŘI NÁSTUPU NA TÁBOR:**

**(příslušné formuláře naleznete na následujících stranách)**

* Potvrzení o způsobilosti práce s dětmi (potvrzuje lékař)
* Potvrzení o bezinfekčnosti (vyplňujete vy)
* Potvrzení o studiu (pokud je studentem)
* Kartičku pojištěnce
* Občanský průkaz
* Pokud má, tak: Průkaz pracovníka v potravinářství

**Agentura7.cz s.r.o. , kancelář Olomouc, Tř. Spojenců 695/7, 772 00 Olomouc IČO: 29045657 email:** [**info@Agentura7.cz**](mailto:info@Agentura7.cz)[**www.Agentura7.cz**](http://www.Agentura7.cz)

**ZDRAVOTNÍ LIST INSTRUKTORA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jméno: |  | Příjmení: |  | Datum narození: |  | Rodné číslo: |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Adresa místa trvalého pobytu: | | | | | | |
|  | | | | | | |

**PROHLÁŠENÍ O BEZINFEKČNOSTI**

**(Prohlášení zákonného zástupce ze dne, kdy praktikant odjíždí na dětský tábor)**

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil mému dítěti změnu režimu, dítě nejeví známky akutního onemocnění (např. teplota, průjem) ani známky napadení parazity (vši, roupy apod.) a nejeví žádné příznaky infekce COVID-19, tj. zvýšená teplota, kašel, dušnost, bolest v krku, ztráta chuti a čichu atd. a okresní hygienik ani ošetřující lékař mu nenařídili karanténní opatření.

Není mi též známo, že v posledních dvou týdnech moje dítě přišlo do styku s osobami infekčně nemocnými, osobami podezřelými z nákazy a ani jemu, ani jinému příslušníkovi domácnosti rodiny žijícímu s ním ve společné domácnosti, není nařízeno karanténní opatření.

.

Instruktor je schopen zúčastnit se dětského tábora od do .

Jsem si vědom(a)právních následků, které by mě postihly, kdyby toto mé prohlášení nebylo pravdivé.

Ke zdravotnímu stavu uvádím tyto další důležité a aktuální skutečnosti:

Alergie (léky, potraviny, jiné): \_

Jiné důležité informace (momentálně užívané léky – název, četnost a doba užívání): \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dieta a omezení ve stravě: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jiná omezení: \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SOUHLASÍM / NESOUHLASÍM\*) s tím, aby dítěti mohly být z rozhodnutí zdravotníka podány volně dostupné léky v doporučeném dávkování (např. nevolnost, bolest v krku, zvýšená teplota) a aby zdravotník mohl ošetřit drobná poranění (např. odřeniny, třísky, vyjmutí klíštěte). **V případě nesouhlasu bude rodičům po ukončení tábora fakturováno cestovné a případné další náklady související s ošetřením nebo cestou dítěte k lékaři.**

Kontakt na zákonného zástupce, který bude dostupný nonstop po dobu konání tábora

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

V Dne

*Uveďte datum odjezdu na tábor* Podpis zákonného zástupce

|  |
| --- |
| **Toto potvrzení vydá každý instruktor při nástupu na tábor hlavnímu vedoucímu tábora.** |
| **BEZ TOHOTO POTVRZENÍ NENÍ MOŽNÝ NÁSTUP NA POBYT!** |

**Agentura7.cz s.r.o. , kancelář Olomouc, Tř. Spojenců 695/7, 772 00 Olomouc IČO: 29045657 email:** [**info@Agentura7.cz**](mailto:info@Agentura7.cz)[**www.Agentura7.cz**](http://www.Agentura7.cz)

**ZDRAVOTNÍ LIST INSTRUKTORA**

PLNÁ MOC K LÉKAŘSKÉMU OŠETŘENÍ ČI HOSPITALIZACI DÍTĚTE

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jméno dítěte: |  | Příjmení dítěte: |  | Datum narození: |  | Rodné číslo: |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Adresa místa trvalého pobytu: | | | | | | |
|  | | | | | | |

Já, níže podepsaný(á) rodič (zákonný zástupce):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Jméno: |  | Příjmení: |  | Datum narození: |
|  |  |  |  |  |
| Adresa místa trvalého pobytu: | | | | | |
|  | | | | | |

**zmocňuji zdravotníka LDT Náměšť Agentury7.cz,**

**(vyplní organizace)**

Na dobu konání tábora:……………………………………………………………….....

v místě:...…………………………………………………………………………...

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Jméno: |  | Příjmení: |  | Datum narození: |
|  |  |  |  |  |
| Adresa místa trvalého pobytu: | | | | | |
|  | | | | | |

**k mému zastupování v rozsahu všech práv a povinností v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb shora uvedenému nezl. dítěti dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (dále jen zákon), zejména aby obdržel(a) informace o zdravotním stavu shora uvedeného nezl. dítěte a o navržených zdravotních službách dle ust. § 31 zákona a na jejich základě udělil(a) v souladu s ust. § 34 zákona písemný informovaný souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, které mohou být dle ust. § 35 odst. 2 bodu 1. zákona poskytnuty se souhlasem obou rodičů. Tato plná moc platí od ………………………………– po dobu trvání dětského tábora.**

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

Podpis:…………………………………………………………………………………..

**Agentura7.cz s.r.o. , kancelář Olomouc, Tř. Spojenců 695/7, 772 00 Olomouc IČO: 29045657 email:** [**info@Agentura7.cz**](mailto:info@Agentura7.cz)[**www.Agentura7.cz**](http://www.Agentura7.cz)

**LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI PRACOVAT S DĚTMI**

Na základě ustanovení § 10 odst. 1) a 2) a § 12 zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví, podle kterých: „Fyzické osoby činné při zotavovací akci jako dozor nebo pracovník musejí být k této činnosti zdravotně způsobilé.“

**Vydávám toto lékařské potvrzení, že:**

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rodné číslo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

je zdravotně způsobilý (á) jako činná osoba při zotavovací akci pro děti a mládež jako dozor (vedoucí dětského kolektivu) nebo pracovník. Potvrzení se vydává na základě výše uvedeného požadavku § 10 a § 12 zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví. Toto potvrzení je platné dva roky (24 měsíců od data vydání).

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

razítko a podpis lékaře

**Agentura7.cz s.r.o. , kancelář Olomouc, Tř. Spojenců 695/7, 772 00 Olomouc IČO: 29045657 email:** [**info@Agentura7.cz**](mailto:info@Agentura7.cz)[**www.Agentura7.cz**](http://www.Agentura7.cz)

**Použití fotografií, ochrana osobních údajů** / **D**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jméno: |  | Příjmení: |  | Datum narození: |  | Rodné číslo: |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Adresa místa trvalého pobytu: | | | | | | |
|  | | | | | | |

Tímto souhlasím s použitím fotografií mého dítěte pořízených na dětském táboře Agentury7.cz s.r.o., v jejích propagačních materiálech, na webových stránkách a facebooku. Podpisem přihlášky souhlasím se zpracováním výše uvedených osobních údajů v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Podpisem přihlášky beru na vědomí, že provozovatel Agentury7.cz s.r.o., odpovídá za mé dítě pouze po dobu jeho pobytu na dětském táboře - po převzetí od zákonného zástupce až po jeho předání zákonnému zástupci. Bez tohoto prohlášení nebude dítě na tábor přijato, a to bez možnosti uplatnění jakýchkoliv finančních nároků ze strany účastníka!

Ochrana osobních údajů: Agentura7.cz s.r.o, je ze zákona povinna bezpečně spravovat veškerá Vaše osobní data, která nám poskytnete, a použít je pouze k dohodnutému účelu. Svým podpisem vyjadřujete souhlas s tím, aby Agentura7.cz s.r.o. použila Vámi uvedená data výhradně v souvislosti s organizací dětského tábora.

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

Podpis:…………………………………………………………………………………..