**VEDOUCÍ NAD 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)
* Výpis z rejstříku trestů (požadujeme potvrzení mladší tří měsíců)
* Potvrzení o studiu (pokud je studentem)
* Kartičku pojištěnce
* Občanský průkaz
* Pokud má, tak: Průkaz pracovníka v potravinářství, Řidičský průkaz, potvrzení o absolvování kurzu Zdravotníka zotavovacích akcí

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

**ZDRAVOTNÍ LIST VEDOUCÍHO**

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

**PROHLÁŠENÍ O BEZINFEKČNOSTI**

**(Prohlášení ze dne, kdy odjíždíte na dětský tábor)**

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

Není mi též známo, že bych v posledních dvou týdnech přišel do styku s osobami infekčně nemocnými, osobami podezřelými z nákazy a ani mně, ani jinému příslušníkovi domácnosti rodiny žijícímu se mnou ve společné domácnosti, není nařízeno karanténní opatření.

.

Vedoucí 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: \_

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

Kontaktní osoba, na kterou se bude možné obrátit v případě nutnosti po dobu konání tábora

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

V Dne

*Uveďte datum odjezdu na tábor* Podpis

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

**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