

VYHLÁSENIE ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI ÚČASTNÍKA

Vyhlasujem, že účastník/čka _____ Dátum narodenia: _____

Adresa trvalého pobytu dieťaťa _____

Meno, priezvisko, adresa a telefónne číslo zákonného zástupcu* _____

Vyhlasujem, že:

- **neprejavuje príznaky akútneho ochorenia** (napríklad horúčky alebo hnačky),
- **neprejavuje a ani v posledných dvoch týždňoch neprejavoval/-a príznaky vírusového infekčného ochorenia** (horúčka, kašeľ, dýchavičnosť, náhla strata chuti a čuchu apod.),
- **dieťa nemá nariadené karanténne opatrenie alebo zákonný zástupca nedisponuje informáciou, že by dieťa počas 14 dní predchádzajúcich dňu odchodu na zotavovacie podujatie prišlo do kontaktu s osobou chorou na prenosné ochorenie alebo osobou podozrivou z nákazy prenosným ochorením.** (napr. hnačka, angína, vírusový zápal pečene, zápal mozgových blán, horúčkové ochorenie s vyrážkami, covid-19)
- **a že príslušný orgán verejného zdravotníctva ani ošetrojúci lekár menovanej osobe, rodinným príslušníkom alebo iným osobám, ktoré s menovanou osobou žijú spoločne v domácnosti, nenariadil karanténne opatrenie** (karanténu, zvýšený zdravotný dozor alebo lekársky dohľad).
- **je spôsobilý/á na pobyt v kolektíve**

Prehlasujem, že som bol/-a oboznámený/-á s vymedzením osôb s rizikovými faktormi (viď nižšie) a s odporúčaním, aby som zvážil/-a tieto rizikové faktory pri rozhodovaní o účasti na tábore.

Uvedená osoba je schopná zúčastniť sa skautského tábora v termíne: _____

Beriem na vedomie, že v prípade výskytu infekčného ochorenia na tábore, bude tento tábor ukončený. V takom prípade **som povinný/-á bezodkladne zabezpečiť** osobne alebo poverenou osobou **odvoz menovanej osoby z tábora domov** a následne sa riadiť pokynmi príslušného úradu verejného zdravotníctva a ošetrojúceho lekára.

V prípade ukončenia tábora som si vedomý/-á, že nemôžem očakávať vrátenie celého účastníckeho poplatku, ale maximálne doposiaľ nevynaloženej čiastky (čo s ohľadom na fixné náklady tábora nemusí zodpovedať čiastke v pomere za nerealizované dni).

V prihláške uvádzam funkčný kontakt počas doby konania tábora pre prípad nutnosti bezodkladného návratu účastníka domov.

Som si vedomý/-á právnych následkov v prípade nepravdivého vyhlásenia, najmä som si vedomý/-á, že by som sa dopusťtil/-a priestupku podľa § 56 zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Ak dieťa pravidelne užíva lieky, aké: (názov lieku, dávkovanie a frekvencia užívania lieku)

Ak si zdravotný stav vyžaduje obmedzenia záťaž, má stravovacie obmedzenia alebo alergie, bližšie informácie uveďte tu:

V _____
dňa _____

(najskôr deň pred nástupom na tábor)

Meno a podpis zákonného zástupcu resp. podpis dospelého/-ej
účastníka/-čky: