

ZDRAVOTNÍ LIST ÚČASTNÍKA KURZU OCHRANY ČLOVĚKA ZA MIMOŘÁDNÝCH SITUACÍ

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

Třída:

Adresa místa trvalého pobytu:

Ke zdravotnímu stavu dítěte uvádím tyto další důležité a aktuální skutečnosti:

Alergie:

Astma:

Epilepsie:

Cukrovka:

Bolest hlavy:

Alergie na potraviny:

Dieta:

Pravidelně užívané léky:

Jiné/důležité informace:

Souhlas s ošetřením:

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, vyjmutí klíštěte aj.).

V případě pravidelného užívání léků **POŽADUJI / NEPOŽADUJI** dohled nad užíváním léků mého dítěte.

SOUHLASÍM / NESOUHLASÍM, aby mé dítě po dobu pobytu kurzu bylo v případě akutního onemocnění či úrazu lékařsky ošetřeno bez mé přítomnosti, pouze v doprovodu odpovědné osoby. Zároveň žádám, abych byl/a následně o nutnosti ošetření informován/a.

Beru na vědomí, že moje dítě je poučeno o bezpečnosti a chování na Adaptačním kurzu (RS Jana Mlýnky u Strážnice) a v případě, že mé dítě nedodrží pravidla bezpečnosti a závažným způsobem poruší pravidla kurzu odvezu si ho na vlastní náklady domů.

Jsem si vědom/a, že veškerou elektrotechniku, včetně mobilního telefonu, si dítě bere na vlastní zodpovědnost.

Na druhou stranu tohoto dokumentu můžete okopírovat kartičku zdravotní pojišťovny, popřípadě originál přinést se sebou. Bez ní není možný nástup na pobyt!

Telefonní číslo zákonného/ných zástupce/ů:

V dne

Podpis zákonného zástupce: