**Lékařské potvrzení o způsobilosti zúčastnit se dětského tábora**

*Jméno a příjmení dítěte:…………………………………………………………………………………*

*Rodné číslo:…………………………………………………………………………………….………………*

*Adresa trvalého bydlište dítěte:………………………………………………………………………*

--------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Vyjádření lékaře o zdravotní způsobilosti a pravidelném očkování:** (vyplňuje lékař)

*Zdravotní způsobilost k účasti na dětském táboře:*

*Pravidelná očkování*: *Poslední očkování proti tetanu:* *Nepravidelná očkování* *Alergie: Trvalá medikace:*

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 razítko a podpis lékaře

 (Upozornění: toto potvrzení má platnost jednoho roku)

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Prohlášení zákonného zástupce dítěte ze dne, kdy dítě odjíždí na dětský tábor** (vyplňuje zákonný zástupce)

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil mému dítěti………………………….……… změnu režimu, dítě nejeví známky akutního onemocnění (např. teplota, průjem) a okresní hygienik ani ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření. Není mi též známo, že v posledních dvou týdnech moje dítě přišlo do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí.

Dítě je schopno zúčastnit se tábora od ……………………… do ………………………………………

Jsem si vědom právních následků, které by mě postihly v případě uvedení nepravdivých informací v tomto prohlášení. Prohlašuji, že všechny údaje v tomto formuláři uvedené jsou pravdivé.

V…………………….. dne……………………

…………………………………………. ………………………………………… Jméno zákonného zástupce: Podpis zákonného zástupce