

PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE ÚČASTNÍKA SOUSTŘEDĚNÍ

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil dítěti
naroznému adresa

změnu režimu, dítě nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teplota...) a okresní hygienik ani ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření. Není mi též známo, že v posledních dvou týdnech přišlo toto dítě do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí. Dítě je schopno účastnit se soustředění od do Jsem si vědom(a) právních důsledků, kdyby toto mé prohlášení bylo nepravdivé.

V.....dne.....

.....
podpis zákonného zástupce (rodičů)

Adresy pobytu zákonných zástupců dítěte (rodičů) či jiných k péči o dítě pověřených osob dosažitelných v době trvání soustředění. Kdo je oprávněn případně převzít dítě v době trvání soustředění.

1. jméno a příjmení tel
adresa

2. jméno a příjmení tel
adresa

Upozornění zákonných zástupců účastníka soustředění

Dítě má tyto zdravotní problémy

Dítě bere pravidelně tyto léky

Další závažné informace pro provozovatele soustředění.....

Toto prohlášení musí být vyplněno v den zahájení soustředění a zákonný zástupce, popřípadě účastník je povinně odevzdá spolu s průkazem zdravotní pojišťovny – kopií při nástupu na soustředění.

VYPLNĚNÍM FORMULÁŘE SOUHLASÍTE SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ DLE GDPR.