



## Potvrzení o zdravotním stavu a zmocnění

Jméno:

Jméno:

Pojišťovna:

Pojišťovna:

Léky, omezení:

Léky, omezení:

### KONTAKT NA VÁS

Jméno (rodič 1):

Telefon a e-mail:

Bydliště:

Jméno (rodič 2):

Telefon:

### PROHLÁŠENÍ BEZINFEKČNOSTI

Prohlašuji, že dítě (nebo jiná fyzická osoba přítomná na akci) nejeví známky akutního onemocnění (např. horečky nebo průjmu. Vzhledem k epidemiologické situaci se výčet rozšiřuje o příznaky infekce covid-19, tj. zvýšená teplota, kašel, dušnost, bolest v krku, ztráta chuti a čichu atd.) a ve 14 dnech před odjezdem nepřišlo do styku s osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy a ani jemu, ani jinému příslušníku rodiny žijícímu s ním ve společné domácnosti není nařízeno karanténní opatření. Jsem si vědom/a právních následků, které by mě postihly, kdyby toto prohlášení bylo nepravdivé. Toto prohlášení nesmí být starší 1 dne před začátkem akce.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Podpis zákonného zástupce

### ZDRAVOTNÍ STAV

(upravuje VYHLÁŠKA 391/2013 Sb. ze dne 25. listopadu 2013 o zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a sportu)

- pokud je dětem více než 10 let, dodám Jednorázové lékařské potvrzení, že děti jsou uzpůsobilé zúčastňovat se všestranných pohybových aktivit v rámci atletického oddílu/klubu včetně soutěží a závodů nejpozději do 30 dnů. V případě nedodání lékařského potvrzení prohlašuji, že do doby dodání potvrzení (max. 30 dnů) přebírám veškerá rizika s nedodáním potvrzení spojená.

- pokud je dětem méně než 10 let, dodám Jednorázové lékařské potvrzení, že děti jsou způsobilé zúčastňovat se všestranných pohybových aktivit v rámci atletického oddílu/klubu včetně soutěží a závodů nejpozději do 30 dnů. V případě nedodání lékařského potvrzení dodám souhlas formou Zmocnění a přebírám veškerá rizika s tím spojená.

\_\_\_\_\_  
Podpis zákonného zástupce potvrzující přenesení rizik



## ZMOCNĚNÍ A URČENÍ OSOBY OPRÁVNĚNÉ DLE ZÁKONA O ZDRAVOTNÍCH SLUŽBÁCH

Údaje zákonného zástupce:

Jméno a příjmení:

Nar. dne:

Kontakt:

Údaje nezletilého dítěte:

Jméno a příjmení:

Nar. dne:

Trvale bytem:

Jako zákonný zástupce zmocňuji p. Jana Žaluda (vedoucího akce), nar. 16. 1. 1977, trvale bytem Halenkovská 484/12, Praha 5, aby po dobu konání sportovního soustředění v Sušici, tj. od 11. do 17. srpna 2024 uděloval za mé nezletilé dítě souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, jejichž potřeba v této době nastane (např. ošetření úrazu i takového, jenž nespadá do kategorie nezbytné péče, léčba běžných nemocí).

Současně souhlasím s tím, aby ve shora uvedené době byl zmocněnec informován o zdravotním stavu mého nezletilého dítěte ve smyslu ustanovení §31 zák.č.372/2011Sb.

Zároveň určuji pana Jana Žaluda osobou, na jejíž nepřetržitou přítomnost má moje nezletilé dítě právo při poskytování zdravotních služeb podle §28 odst. 3 písm. e) bod i, a to ve shora uvedené době konání sportovního soustředění v Sušici.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Podpis zákonného zástupce