**ZÁVÄZNÁ PRIHLÁŠKA**

**\*denný letný tábor\***

**Jaslovské Bohunice 2024**

Termín:.................................................

 so stravou /bez stravy *(nehodiace sa škrtnite)*

Meno a priezvisko dieťaťa:.................................................................................................................

Dátum narodenia :................................... Rodné číslo:....................................................................

Zdravotná poisťovňa:..................................... Adresa bydliska: ................................................................................

Meno a priezvisko otca : ...................................................................

Adresa bydliska:................................................................................... ................................................

Meno a priezvisko matky:....................................................................

Adresa bydliska:................................................................................... ................................................

Dátum:................................

 ............................................................

 podpis zákonných zástupcov dieťaťa

**VYHLÁSENIE O ZDRAVOTNOM STAVE DIEŤAŤA**Vyplní zákonný zástupca dieťaťa.

Dolupodpísaný/á/................................................................. týmto prehlasujem, že moje dieťa

...............................................................je zdravý /á/, bez akútnych zdravotných problémov, že posledné ochorenie neskončilo menej ako tri dni pred začatím tábora!

Ďalej prehlasujem že:

1. V našej rodine ani v jej bezprostrednom okolí sa nevyskytuje, ani sa v poslednom čase nevyskytla infekčná choroba.

2. Dieťa má základné hygienické návyky!

3. Dieťa neprejavuje príznaky akútneho ochorenia, že regionálny úrad verejného zdravotníctva ani lekár
 všeobecnej zdravotnej starostlivosti pre deti a dorast menovanému dieťaťu nenariadil karanténne opatrenie
 (karanténu, zvýšený zdravotný dozor alebo lekársky dohľad).

4. Nie je mi známe, že by dieťa, jeho rodičia alebo iné osoby, ktoré s ním žijú spoločne v domácnosti, prišli v
 priebehu ostatného mesiaca do styku s osobami, ktoré ochoreli na prenosné ochorenie (napr.
 hnačka, angína, vírusový zápal pečene, zápal mozgových blán, horúčkové ochorenie s vyrážkami).

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

Vypíšte alergie, zdravotné obmedzenia a trvalo užívané lieky

.....................................................................................................................................................................................

.........................................................................................................................

Dátum......................... .............................................

 podpis zákonného zástupcu

Dolupodpísaný /á/................................................................. týmto prehlasujem, že moje

dieťa.............................................................. môže chodiť z DLT bez sprievodu .

Dátum......................... .............................................

 podpis zákonného zástupcu