Jméno dítěte: …………………………………………………………………………… Datum narození: ………………………………………

**Kontakty na zákonné zástupce**

Zákonný zástupce 1: ………..……………………………………………………………………… Tel: …………………………………………..

*Pozn. V případě potřeby bude voláno nejprve 1. zákonnému zástupci, proto uvádějte kontakt, kterému se dovoláme.*

Zákonný zástupce 2: ……………………………………………………………………………….. Tel: …………………………………………..

**Prohlášení zákonného zástupce k příchodu/odchodu dítěte z tábora**

Souhlasím/nesouhlasím\* s tím, že mé dítě bude po ukončení aktivit komunitního tábora chodit domů samostatně.

Osoby, které mohou dítě vyzvedávat jsou:

1. ………………………………………………………………………….......................vztah k dítěti …………………………….……

2. ………………………………………………………………………….......................vztah k dítěti ………………………………….

3. ………………………………………………………………………….......................vztah k dítěti ………………………………….

*Zákonný zástupce prohlašuje, že posoudil možná rizika, za kterých požaduje svěření dítěte do péče staršího sourozence, zejména pak s ohledem na osobní vlastnosti obou dětí. Zákonný zástupce výslovně bere na vědomí, že vzhledem k tomuto pověření od okamžiku převzetí jmenovaného dítěte jeho nezletilým sourozencem přebírá plnou zodpovědnost za bezpečnost a ochranu zdraví dětí.*

**Zdravotní stav dítěte:**

Má dítě zdravotní omezení: ANO / NE\* Pokud ano, jaké

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Alergie: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Pravidelně užívané léky: …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Speciální požadavky na stravu: ……………………………………………………………………….………………………………………………………….

Jiné: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Potvrzení o bezinfekčnosti dítěte**

Já, zákonný zástupce dítěte, svým podpisem stvrzuji, že mé dítě nejeví známky akutního onemocnění (například horečky, průjmu, zvýšené teploty, kašle, dušnosti, bolesti v krku, ztráty chuti a čichu atd.) a v uplynulých 14-ti dnech před nástupem nepřišlo do styku s fyzickou osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy a ani jemu, ani jinému příslušníku z rodiny žijícímu s ním ve společné domácnosti, není nařízeno karanténní opatření.

Jsem si vědom právních následků, které by mě postihly, kdyby toto prohlášení nebylo pravdivé.

Datum: ………………………………… Jméno zákonného zástupce: …………………………………………………….

(datum nástupu na tábor) Podpis zákonného zástupce: ……………………………………………………