**PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE**

(ne starší než **JEDEN** den před nástupem žáka/dítěte do kolektivu, potvrzení odevzdejte při odjezdu zdravotníkovi)

**Jméno a příjmení žáka:** ……………………………………………………………………………. **Třída:** .…………………….

Adresa, kde dítě trávilo posledních 14 dnů (pokud se odlišuje od trvalého bydliště, např. příbuzní, rekreace, nemocnice apod.):

…………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………

**Prohlašuji**, že žák/dítě nejeví známky akutního onemocnění (zvýšená teplota, horečka, průjem) a ve 14 dnech před odjezdem na **OZDRAVNÝ POBYT (v termínu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)** nepřišel/o do styku s osobou nakaženou infekčním onemocněním nebo podezřelou
z takové nákazy. Není mu nařízeno **karanténní opatření** či zvýšený **lékařský dozor** a **nemá vši**.

Ředitel školy, prostřednictvím vedoucího akce, se mnou dopředu projednal způsob **individuálního odvozu** žáka z akce před stanoveným termínem, pokud to budou vyžadovat okolnosti, zejména **úraz nebo onemocnění žáka**.

Souhlasím s tím, že v případě **závažného porušení pravidel (školního řádu)** ozdravného pobytu bude žák odvezen domů na náklady svých zákonných zástupců. Pokud dojde, k **poškození majetku** rekreačního střediska, jsou rodiče následně povinni uhradit škodu v plné výši.

Pokud zákonný zástupce **neoznámí zvláštnosti**, které se u žáka projevují, může to být důvod **vyloučení z pobytu** (psychické stavy, antipatie k jídlu, noční pomočování, podávání léků ve formě injekcí, alergie apod.). Tyto zvláštnosti uveďte níže:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Uveďte prosím, zda **souhlasíte s případným lékařským ošetřením** (pokud to aktuální situace
a zdravotní stav dítěte bude vyžadovat) v místě ozdravného pobytu.

**SOUHLASÍM** S LÉKAŘSKÝM OŠETŘENÍM X **NESOUHLASÍM** S LÉKAŘSKÝM OŠETŘENÍM

**Jméno a příjmení** zákonného zástupce: …….……………………………………………………………………………………….

**Telefonní spojení** na zák. zástupce, prarodiče, staršího sourozence: ………………………………………....……

 ……………………………………………….

V Ostravě dne ……………………. ………………………………………………..

 Podpis zákonného zástupce