**POTVRDENIA A VYHLÁSENIA O ZDRAVOTNOM STAVE**účasť v letnom tábore upravuje vyhláška Ministerstva zdravotníctva SR č. 526/2007 Z. z. zo dňa 15. augusta 2007, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o požiadavkách na zotavovacie podujatia § 4
(1) Na zotavovacom podujatí sa môže zúčastňovať dieťa, ak
a) je zdravotne spôsobilé na pobyt v kolektíve aj s ohľadom na charakter zotavovacieho podujatia,
b) neprejavuje príznaky akútneho ochorenia,
c) nemá nariadené karanténne opatrenie, alebo počas 14 dní predchádzajúcich odchodu na zotavovacie
podujatie neprišlo do kontaktu s osobou chorou na prenosné ochorenie alebo osobou podozrivou z nákazy
prenosným ochorením.
(2) **Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti** podľa odseku 1 písm. a) vydá rodičovi, opatrovníkovi, poručníkovi alebo inej fyzickej osobe, ktorá má maloleté dieťa zverené do osobnej starostlivosti, osobe, ktorá má dieťa v náhradnej osobnej starostlivosti, osobe, ktorá má dieťa v pestúnskej starostlivosti, osobe, ktorá má záujem stať sa pestúnom a má dieťa dočasne zverené do starostlivosti alebo štatutárnemu zástupcovi zariadenia, v ktorom sa vykonáva rozhodnutie súdu (ďalej len „zákonný zástupca“), lekár všeobecnej zdravotnej starostlivosti pre deti a dorast najskôr jeden mesiac pred začiatkom zotavovacieho podujatia; ak dieťa užíva lieky alebo jeho zdravotný stav si vyžaduje obmedzenie záťaže, súčasťou potvrdenia sú aj tieto skutočnosti.
**(3)** Skutočnosti uvedené v odseku 1 písm. b) a c) potvrdzuje zákonný zástupca dieťaťa v **písomnom vyhlásení**.
Zákonný zástupca dieťaťa predloží potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa a vyhlásenie nie staršie ako
jeden deň organizátorovi, ak ide o školy v prírode, vysielajúcej škole alebo vysielajúcemu predškolskému
zariadeniu.

**POTVRDENIE O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI – VYJADRENIE LEKÁRA
TERMÍN**

**NÁZOV: Denný mestský letný tábor**

**MIESTO: ZŠ 17. novembra 31, Sabinov 083 01**

**MENO A PRIEZVISKO DIEŤATA
RODNÉ ČÍSLO BYDLISKO (PSČ)**

**ČÍSLO ZDRAVOTNEJ POISŤOVNE

KONTAKT ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA 1 KONTAKT ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA 2**

**KONTAKT NA PRÍBUZNÝCH PRI NEPRÍTOMNOSTI RODIČOV**

**DÔLEŽITÉ INFORMÁCIE PRE VYCHOVÁVATEĽA**

Lieky, ktoré dieťa užíva:
Alergie na:
Choroby za posledných 12 mesiacov:
Krajiny, ktoré dieťa navštívilo za posledných 30 dní:
Zdravotné zvláštnosti a upozornenia pre zdravotníka:

**\*DIEŤA SA NEMÔŽE ZÚČASTNIŤ POBYTU \*DIEŤA SA MÔŽE ZÚČASTNIŤ POBYTU**
 **V .................................. dňa........................**

**PODPIS A PEČIATKA LEKÁRA**  *\*nehodiace sa preškrtnite*

**POTVRDENIE O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI – VYJADRENIE LEKÁRA NESMIE BYŤ STARŠIE AKO 1 MESIAC.**

**PÍSOMNÉ VYHLÁSENIE ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU O ZDRAVOTNOM STAVE DIETAŤA**
podľa Vyhlášky Ministerstva zdravotníctva SR č. 526/2007 Z. z. z 15. augusta 2007, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o požiadavkách na zotavovacia podujatia

Vyhlasujem, že dieťa (meno, priezvisko) .............................................................. bytom
............................................ číslo preukazu poistenca ............................................. neprejavuje príznaky
akútneho ochorenia ako je napríklad telesná teplota nad 37,5 °C a/alebo triaška, malátnosť, neprimeraná
únava, začervenané alebo zapálené oči s výtokom, upchatý nos so sťaženým dýchaním, hustý skalený alebo
zafarbený (žltý, zelený) výtok z nosa, nádcha, bolesť uší, výtok z uší, oslabený sluch, suchý dusivý kašeľ, vlhký
produktívny kašeľ, vracanie, riedka stolica niekoľkokrát denne, novovzniknuté začervenanie kože, vyrážky,
chrasty a pod. na koži a 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).
Nie je mi známe, že by dieťa, jeho rodičia alebo iné osoby, ktoré s ním žijú v spoločnej domácnosti, prišli v
priebehu ostatného mesiaca do styku s osobami, ktoré ochoreli na prenosné ochorenie (napríklad hnačka,
angína, vírusový zápal pečene, zápal mozgových blán, horúčkové ochorenie s vyrážkami). Súčasne
potvrdzujem, že dieťa nemá vo vlasoch alebo na/v inej časti tela parazity. Zároveň prehlasujem, že moje dieťa
má osvojené základné hygienické návyky (umývanie, obliekanie).

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

Som si v celom rozsahu 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. Tiež je mi známe, že ak sa zistí, že moje
prehlásenie je nepravdivé, dieťa bude musieť bezodkladne opustiť tábor na vlastné náklady bez nároku na
vrátenie ceny zájazdu.

**PÍSOMNÉ VYHLÁSENIE ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU O ZDRAVOTNOM STAVE DIEŤAŤA NESMIE BYŤ STARŠIE
AKO 24 HODÍN PRED NÁSTUP NA POBYT**

Spoločne s kópiou preukazu poistenca ho predloží zákonný zástupca dieťaťa v deň nástupu na pobyt .

V ................................. dňa ...........................

Meno, priezvisko, adresa, podpis zákonného zástupcu ..............................................