

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 zotavovacia 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 TÁBORA	MIESTO
MENO A PRIEZVISKO DIEŤATA	RODNÉ ČÍSLO	BYDLISKO (PŠČ)
ČÍSLO ZDRAVOTNEJ POISŤOVNE	KONTAKT ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA 1	KONTAKT ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA 2

KONTAKT NA PRÍBUZNÝCH PRI NEPRÍTOMNOSTI RODIČOV

DÔLEŽITÉ INFORMÁCIE PRE ZDRAVOTNÍKA

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**

PODPIS A PEČIATKA LEKÁRA

V dňa.....

**nehodiace sa preškrtnite*

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

PÍSOBNÉ VYHLÁSENIE ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU O ZDRAVOTNOM STAVE DIEŤAŤA

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).

Vyhlasujem, že menované dieťa:

- a. disponuje negatívnym výsledkom RT-PCR testu na ochorenie COVID-19, nie starším ako 72 hodín od doručenia výsledku

Dátum vykonania testu:

alebo

- b. má platnú výnimku z testovania a uvádzam dôvod:

.....
.....

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.

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

Spoločne s preukazom poistenca ho predloží zákonný zástupca dieťaťa v deň nástupu na pobyt (k vlaku – autobusu).

V dňa

Meno, priezvisko, adresa, podpis zákonného zástupcu