



## PREHLÁSENIE O BEZINFEKČNOSTI

Nesmie byť staršie ako 1 deň.

Prehlasujem, že moje dieťa \_\_\_\_\_ narodené dňa \_\_\_\_\_, trvalo bytom \_\_\_\_\_ neprišlo v posledných troch týždňoch pred nástupom na tábor do styku so zdrojom prenosnej choroby a ani mu nebolo uložené karanténne opatrenie obvodným, alebo detským lekárom. Prehlasujem, že obsah tohoto prehlásenia zodpovedá skutočnosti.

V \_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_ Podpis zákonného zástupcu \_\_\_\_\_

**KONTAKT** na zákonných zástupcov dieťaťa, či iných k starostlivosti o dieťa poverených osôb dosiahnuteľných v čase konania tábora:

1. od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ meno: \_\_\_\_\_  
Adresa: \_\_\_\_\_ Telefón: \_\_\_\_\_
2. od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ meno: \_\_\_\_\_  
Adresa: \_\_\_\_\_ Telefón: \_\_\_\_\_

**UPOZORNENIE** zákonných zástupcov dieťaťa:

Alergia na \_\_\_\_\_

Užívanie liekov (názov) \_\_\_\_\_

Čas užívania \_\_\_\_\_

Tu prosím nalepte kópie oboch strán karty zdravotnej poisťovne Vášho dieťaťa:

Kópia preukazu zdravotnej poisťovne – 1.strana		Kópia preukazu zdravotnej poisťovne – 2.strana
--	--	--

**PREHLÁSENIE** zákonného zástupcu k odchodu dieťaťa z tábora:

Súhlasím / nesúhlasím s tým, že moje dieťa bude po ukončení aktivít prímestského tábora odchádzať domov samostatne.

Osoba ktorá bude dieťa vyzdvihovať je (meno, priezvisko) \_\_\_\_\_ .

Osoba ktorá bude dieťa vyzdvihovať je (meno, priezvisko) \_\_\_\_\_ .

Zároveň prehlasujem že som oboznámený so skutočnosťou, že každý účastník podlieha táborovému poriadku a je povinný podrobiť sa všetkým pokynom zodpovedných osôb (tréner, asistent).

Nedodržanie táborového poriadku môže mať za následok aj vylúčenie z tábora.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_ Podpis zákonného zástupcu \_\_\_\_\_