**N Á S T U P N Í L I S T**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AKCE:** | **LETNÍ FOTBALOVÉ SOUSTŘEDĚNÍ MLADŠÍHO DOROSTU TJ SOKOL ŘEPY**  **12. – 17. 8. 2025 / Nová Ves nad Popelkou** | |
| **OSOBNÍ ÚDAJE O DÍTĚTI:** | | |
| **Jméno a příjmení:** | | **Rodné číslo:** |
| **ZÁKONNÍ ZÁSTUPCI / ZMOCNITELÉ:** | | |
| **Jméno a příjmení:** | | **Datum narození:** |
| **Bytem:** | | **Mob. kontakt:** |
| **Jméno a příjmení:** | | **Datum narození:** |
| **Bytem:** | | **Mob. kontakt:** |
| **PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ O NEEXISTENCI PŘÍZNAKŮ AKUTNÍHO ČI VIROVÉHO INFEKČNÍHO ONEMOCNĚNÍ:** | | |
| **Prohlašuji, že**   * okresní hygienik ani ošetřující lékař nenařídil dítěti změnu režimu a dítě nejeví známky akutního onemocnění *(např: zvýšená teplota, průjem, …)* * okresní hygienik ani ošetřující lékař nenařídil dítěti karanténu nebo zvýšený zdravotnický dozor * se u dítěte v posledních 14 dnech neprojevily ani neprojevují příznaky virového infekčního onemocnění *(např: horečka, kašel, dušnost, bolest v krku, ztráta čichu nebo chuti, …)* * jsem si vědom/a povinnosti hlásit výskyt infekčního onemocnění dítěte do 14 dnů po návratu z akce místní hygienické stanici * jsem si vědom/a, že v případě výskytu nebo podezření na nákazu COVID-19 zajistím bezodkladný odvoz dítěte * jsem si vědom/a právních důsledků, které by mě postihly, kdyby toto prohlášení nebylo pravdivé | | |
| **U DÍTĚTE UPOZORŇUJI NA:** | | |
| * **Užívání léků** *(uveďte název a způsob dávkování)***:** * **Omezení ve stravování:** * **Alergie:** * **Prodělané vážné úrazy nebo jiná onemocnění:** * **Plaveckou zdatnost** *(nehodící škrtněte)***: PLAVEC / NEPLAVEC** | | |
| **ZPLNOMOCNĚNÍ K ZASTUPOVÁNÍ PŘI OŠETŘENÍ DÍTĚTE:** | | |
| Tímto zmocňuji, níže uvedené zmocněnce   * Karel Lasík (nar. 6. 10. 1973); bytem: Nevanova 1038, Praha 6, kontakt: +420 725 894 194 * Marek Adensam (nar. 12. 8. 1973); bytem: Zrzavého 8, Praha 6, kontakt: +420 775 242 878 * Tom Maximilian Lang (nar. 12. 5. 2000); bytem: Lomená 1145, Kamenice, kontakt: +420 604 267 172   aby mě v době konání AKCE a z jejich rozhodnutí či v případě nutnosti zastupovali ve věci ošetření dítěte u lékaře anebo na lékařské pohotovosti v plném rozsahu a bez jakýchkoliv omezení. | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NÁSTUPNÍ LIST MUSÍ BÝT PODEPSÁN V DEN ODJEZDU DÍTĚTE NA AKCI.** | | |
| **V PRAZE** | **dne: 12. 8. 2025** | **Jméno, příjmení a podpis zákonného zástupce/ zmocnitele:** |

POZN: přikládám kopii kartičky zdravotnické pojišťovny dítěte