**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