

# INFORMOVANÝ SOUHLAS ŽÁKA A ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE A INFORMACE O ZDRAVOTNÍM STAVU A PODÁVÁNÍ LÉKŮ

## OZDRAVNÝ POBYT – HORSKÝ HOTEL KYČERKA, VELKÉ KARLOVICE

**1. 10. 2018 – 5. 10. 2018**

*Jméno a příjmení žáka/žákyně:* ..... *Třída:* .....

*Adresa bydliště:* .....

*Datum narození:* ..... *Zdravotní pojišťovna:* .....

*Jména zákonných zástupců:* ..... *Telefon:* .....

..... *Telefon:* .....

### INFORMACE O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE

*Dlouhodobé zdravotní obtíže (alergie, astma, apod.):* .....

.....

*Stravovací obtíže:* .....

*Jiné:* .....

### ŽÁDOST O PODÁNÍ LÉKŮ A ZAJIŠTĚNÍ ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ

Žádám pro mého syna (mou dceru) v době pobytu na ozdravném pobytu o:

**a) podání léku/přípravku:**

| Název léku/přípravku | Dávkování |
|----------------------|-----------|
|                      |           |
|                      |           |
|                      |           |

**b) zajištění zdravotních výkonů (specifikace a rozsah):**

.....

.....

*Svým podpisem stvrzuji, že výše uvedené údaje o mém dítěti jsou pravdivé.*

V ..... dne .....

.....

podpis zákonného zástupce ze dne, kdy  
dítě odjíždí na ozdravný pobyt

## **Žák (žákyně):**

*Svým podpisem stvrzuji, že:*

1. jsem byl(a) ve škole poučen(a) o bezpečnosti a vhodném chování během celého ozdravného pobytu;
2. dodržuji školní řád – respektuji dospělé osoby; nepožívám alkohol a drogy, nekouřím, apod.;
3. respektuji ubytovací řád chaty, včetně nočního klidu; při pobytu na chatě nesmím bez dovolení opustit areál ubytovacího zařízení.

## **Zákonný zástupce:**

*Svým podpisem stvrzuji, že:*

1. jsem byl(a) seznámen(a) s informacemi o ozdravném pobytu;
2. před odjezdem předložím podepsané prohlášení zákonných zástupců o bezinfekčnosti, zdravotním stavu dítěte;
3. jsem byl(a) seznámen(a) s tím, že ozdravný pobyt končí **v pátek 5. října 2018** ve 15:30–16:00 hodin s příjezdem autobusu k ZŠ Strahovice a své dítě si u školy vyzvednu. V případě, že si dítě nevyzvednu osobně, souhlasím s tím, že půjde od školy domů s ..... ;
4. si mé dítě samo zodpovídá za kapesné i jiné cennosti;
5. případné škody, které by mé dítě v době ozdravného pobytu způsobilo, uhradím;

*Žák/žákyně i zákonní zástupci svými podpisy stvrzují, že jakékoliv porušení vede k potrestání žáka/žákyně daným kázeňským postihem v souladu se školským zákonem a školním řádem. Zároveň může být žák/žákyně vyloučen(a) a na vlastní náklady v doprovodu rodičů odeslán(a) domů.*

V ..... dne .....

**Podpis žáka/žákyně:** .....

**Podpis zákonného zástupce:** .....

# INFORMOVANÝ SOUHLAS ŽÁKA A ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE A INFORMACE O ZDRAVOTNÍM STAVU A PODÁVÁNÍ LÉKŮ

## OZDRAVNÝ POBYT – HORSKÝ HOTEL KYČERKA, VELKÉ KARLOVICE

15. 10. 2018 – 19. 10. 2018

*Jméno a příjmení žáka/žákyně:* ..... *Třída:* .....

*Adresa bydliště:* .....

*Datum narození:* ..... *Zdravotní pojišťovna:* .....

*Jména zákonných zástupců:* ..... *Telefon:* .....

..... *Telefon:* .....

### INFORMACE O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE

*Dlouhodobé zdravotní obtíže (alergie, astma, apod.):* .....

*Stravovací obtíže:* .....

*Jiné:* .....

### ŽÁDOST O PODÁNÍ LÉKŮ A ZAJIŠTĚNÍ ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ

Žádám pro mého syna (mou dceru) v době pobytu na ozdravném pobytu o:

c) **podání léku/přípravku:**

| Název léku/přípravku | Dávkování |
|----------------------|-----------|
|                      |           |
|                      |           |
|                      |           |

d) **zajištění zdravotních výkonů** (specifikace a rozsah):

.....  
.....

*Svým podpisem stvrzuji, že výše uvedené údaje o mém dítěti jsou pravdivé.*

V ..... dne .....

podpis zákonného zástupce ze dne, kdy  
dítě odjíždí na ozdravný pobyt

## **Žák (žákyně):**

*Svým podpisem stvrzuji, že:*

1. jsem byl(a) ve škole poučen(a) o bezpečnosti a vhodném chování během celého ozdravného pobytu;
2. dodržuji školní řád – respektuji dospělé osoby; nepožívám alkohol a drogy, nekouřím, apod.;
3. respektuji ubytovací řád chaty, včetně nočního klidu; při pobytu na chatě nesmím bez dovolení opustit areál ubytovacího zařízení.

## **Zákonný zástupce:**

*Svým podpisem stvrzuji, že:*

1. jsem byl(a) seznámen(a) s informacemi o ozdravném pobytu;
2. před odjezdem předložím podepsané prohlášení zákonných zástupců o bezinfekčnosti, zdravotním stavu dítěte;
3. jsem byl(a) seznámen(a) s tím, že ozdravný pobyt končí **v pátek 19. října 2018** ve 15:30–16:00 hodin s příjezdem autobusu k ZŠ Strahovice a své dítě si u školy vyzvednu. V případě, že si dítě nevyzvednu osobně, souhlasím s tím, že půjde od školy domů s ..... ;
4. si mé dítě samo zodpovídá za kapesné i jiné cennosti;
5. případné škody, které by mé dítě v době ozdravného pobytu způsobilo, uhradím;

*Žák/žákyně i zákonní zástupci svými podpisy stvrzují, že jakékoliv porušení vede k potrestání žáka/žákyně daným kázeňským postihem v souladu se školským zákonem a školním řádem. Zároveň může být žák/žákyně vyloučen(a) a na vlastní náklady v doprovodu rodičů odeslán(a) domů.*

V ..... dne .....

**Podpis žáka/žákyně:** .....

**Podpis zákonného zástupce:** .....