

Příloha 1:

POSUDEK LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI NA LETNÍM TÁBOŘE

(vyplňuje ošetřující lékař dítěte pro pobyt v přírodě, sportovní a tělovýchovné akce, plavání, exkurze, výlety)

Evidenční číslo posudku:

Jméno a příjmení dítěte:

.....

Datum narození:

.....

Bydliště:

.....

Posuzované dítě*:

▪ je zdravotně způsobilé

▪ není zdravotně způsobilé (důvod)

.....

▪ je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením)

.....

Potvrzení o tom, že dítě:

▪ se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO/NE

▪ je proti nákaze imunní (typ/druh):

.....

▪ má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh):

.....

▪ je alergické na

.....

▪ dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka)

.....

▪ jiné sdělení lékaře

.....

Posudek je platný 24 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti. V případě změny zdravotního stavu dítěte si rodiče vyžádají nový posudek lékaře o zdravotní způsobilosti. Po dobu platnosti je posudek uchován v dokumentaci vedoucího tábora.

Datum vydání posudku:

Podpis lékaře:

razítko zdravotního zařízení:

* Nehodící se škrtněte

Příloha 2: SOUHLAS S PODÁVÁNÍM LÉKŮ

Jméno dítěte, datum

narození..... Váha dítěte..... kg (pro případné dávkování léků)

☐ **Souhlasím** s tím, že mému dítěti budou v případě potřeby podávány níže uvedené léky a dezinfekce.*

☐ **Požaduji** telefonickou konzultaci před podáním léků jiných než uvedených v seznamu.*

Léky bude podávat osoba **s kvalifikací Zdravotník zotavovacích akcí** nebo v případě nouze, nepřítomnosti apod. jiná **pověřená dospělá osoba** (zástupný zdravotník).

Zákonný zástupce se zavazuje, že v případě nesouhlasu s podáváním léky či preference jiných léků místo námi uvedených, je zapíše do tabulky a odevzdá při odjezdu zdravotníkovi zabalené v sáčku se jménem dítěte a s písemnými instrukcemi k jejich podávání.

Druh léčiva	Námi podávaný lék	Vlastní lék
lék proti bolestem hlavy, zubů (analgetika)	Ibalgin 200mg	
lék ke snížení zvýšené teploty (antipyretika)	Paralen 500mg	
tablety proti nevolnosti při jízdě dopravním prostředkem (antiemetika)	Kinedryl	
živočišné uhlí, lék proti zažívacím potížím	Carbosorb, Endiaron	
nosní kapky na uvolnění nosních dýchacích průchodů (otorinolaryngologika)	Nasivin	
roztok (sirup) nebo tablety proti kašli (antitusika, expektorancia)	Islandský lišejník – Tbl. Stoptussin	
kloktadlo pro dezinfekci dutiny ústní a při bolestech hltanu (stomatologika)	Tantum Verde	
mast nebo sprej urychlující hojení, např. popálenin (dexpantenolový sprej)	Panthenol	
oční kapky nebo oční mast s dezinfekčním účinkem, oční voda na výplach očí (oftalmologika)	Occusept Ophthalmo septonex	
mast nebo gel při poštípání hmyzem (lokální antihistaminika)	Fenistil gel, Psilo – Balsam	
tablety při systémové alergické reakci (celková antihistaminika)	Zyrtec	
přípravek k dezinfekci kůže a povrchových ran	Betadine, jod – jodisol, Septonex	
dezinfekční prostředek na okolí rány – inertní mast nebo vazelína	Antiseptický sprej – Dettol	

V dne

Podpis rodiče (zákonného zástupce):

* V případě souhlasu zaškrtněte

Příloha 3:

SOUHLAS ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ S POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE VEDOUcíMU/ZDRAVOTNíKOVI AKCE:

V době konání letního skautského tábora v Oslavanech, tj. od 26. 6. 2026 do 11. 7. 2026, souhlasím s poskytováním informací o zdravotním stavu mého nezletilého syna / mé nezletilé dcery

..... (jméno a příjmení), nar.

ve smyslu ustanovení § 31 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů
(dále jen „zákon o zdravotních službách“)

pan Petr Liškař (vedoucí tábora), nar. 9. 1. 2002 bytem Vinohrady 132, Koberice 684 01

paní Ema Ošmerová (zdravotník tábora), nar. 29. 10. 2004, bytem Kaunicova 1080, Slavkov u Brna 684 01

Tento souhlas uděluji na dobu neurčitou, mohu jej však kdykoliv odvolat.

Kontaktní údaje zákonných zástupců nezletilého:

V případě nutnosti, prosím, kontaktujte zákonné zástupce výše uvedeného dítěte na těchto telefonních číslech:

Příjmení, jméno:

telefonní číslo:

telefonní číslo:

Příjmení, jméno:

telefonní číslo:

telefonní číslo:

V

Dne

Podpis zákonného zástupce nezletilého:

..... příjmení,
jméno

.....

podpis

Příloha 4:
SOUHLAS S PŘEVOZEM DÍTĚTE K LÉKAŘI

Udělují souhlas, aby mé dítě:

Jméno a příjmení

Datum narození

Bytem trvale

bylo v případě potřeby ošetření lékařem převezeno osobním autem řízeným některým z pověřených a oprávněných vedoucích tábora do ordinace dětského lékaře či do nemocnice.

**Požaduji – Nepožaduji telefonickou konzultaci s vedoucí tábora či zdravotníkem před odvozem mého dítěte.*

Tento souhlas udělují po dobu konání letního tábora 2. oddílu jednotky Junák – český skaut, středisko Slavkov u Brna, z. s. v termínu 26.6.–11. 7. 2026.

V.....

Dne.....

Podpis zákonného zástupce dítěte.....

**Nehodící se škrtněte*