



PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE

ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK

Jméno a příjmení dítěte:

Rodné číslo:

Léky, které dítě užívá (včetně dávkování):

Alergie dítěte:

Potraviny, na které je alergické:

Evidence ve specializovaných poradnách:

Pomočuje se: ANO NE STÁLE OBČAS

Uvedte zlozvyky dítěte, příp. jeho poruchy chování:

Prodělalo dítě nebo v poslední době přišlo do styku s infekčním onemocněním? ANO NE

Aktuální telefon (e-mail) na jednoho z rodičů:

Kapesné (částka):

Došlo od schválení návrhu ke změně zdravotní pojišťovny dítěte? NE ANO – kód ZP:

Pokud je dítě v průběhu ozdravného pobytu vedeno u jiné pojišťovny, než je uvedeno na návrhu, pobyt hraří rodiče!

PROHLÁŠENÍ O BEZINFEKČNOSTI

Prohlašuji, že dítěti:, RČ:,
nebylo nařízeno karanténní opatření a nepřišlo do styku s infekčním onemocněním.

Prohlašuji, že jmenované dítě nejeví známky nově vzniklého onemocnění (horečka, průjem apod.) a není mi známa žádná překážka, která by bránila dítěti v ozdravném pobytu.

Jsem si vědom(a) právních následků, které by mne postihly, pokud by mé prohlášení bylo nepravdivé.

Dne:

.....
jméno, příjmení a podpis zákonného zástupce

Zplnomocnění pro osoby, které mohou dítě z ozdravného pobytu (dále jen „OP“) převzít z důvodu:

- 1. dočasného přerušení OP (návštěva v ozdravovně);**
- 2. předčasného ukončení OP;**
- 3. řádného ukončení OP;**
- 4. péče o dítě během OP jinou osobou.**

Zplnomocněná osoba, která může dítě z ozdravného pobytu převzít z důvodu:*)	
<input type="checkbox"/> dočasného přerušení OP <input type="checkbox"/> předčasného ukončení OP <input type="checkbox"/> řádného ukončení OP <input type="checkbox"/> péče během OP	
Jméno a příjmení zplnomocněné osoby	
Datum narození	
Číslo občanského průkazu	
Adresa bydliště	

Zplnomocněná osoba, která může dítě z ozdravného pobytu převzít z důvodu:*)	
<input type="checkbox"/> dočasného přerušení OP <input type="checkbox"/> předčasného ukončení OP <input type="checkbox"/> řádného ukončení OP <input type="checkbox"/> péče během OP	
Jméno a příjmení zplnomocněné osoby	
Datum narození	
Číslo občanského průkazu	
Adresa bydliště	

Zplnomocněná osoba, která může dítě z ozdravného pobytu převzít z důvodu:*)	
<input type="checkbox"/> dočasného přerušení OP <input type="checkbox"/> předčasného ukončení OP <input type="checkbox"/> řádného ukončení OP <input type="checkbox"/> péče během OP	
Jméno a příjmení zplnomocněné osoby	
Datum narození	
Číslo občanského průkazu	
Adresa bydliště	

Zplnomocněná osoba, která může dítě z ozdravného pobytu převzít z důvodu:*)	
<input type="checkbox"/> dočasného přerušení OP <input type="checkbox"/> předčasného ukončení OP <input type="checkbox"/> řádného ukončení OP <input type="checkbox"/> péče během OP	
Jméno a příjmení zplnomocněné osoby	
Datum narození	
Číslo občanského průkazu	
Adresa bydliště	

V dne

.....
jméno, příjmení a podpis zákonného zástupce

*) Odpovídající důvody zaškrtněte