

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: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> stále <input type="checkbox"/> občas		
Uvedte zlozvyky dítěte, příp. jeho poruchy chování:		
Prodělalo dítě nebo v poslední době přišlo do styku s infekčním onemocněním? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE		
Aktuální telefon (e-mail) na jednoho z rodičů:		
Kapesné (částka):		
Došlo od schválení návrhu ke změně zdravotní pojišťovny dítěte? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO – kód ZP:		

Pokud je dítě v průběhu ozdravného pobytu vedeno u jiné pojišťovny, než je uvedeno na návrhu, pobyt hradí 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.**

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	
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	
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	
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	
Jméno a příjmení zplnomocněné osoby	
Datum narození	
Číslo občanského průkazu	
Adresa bydliště	

V dne

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

*) Odpovídající důvody zaškrtněte.