

# Prohlášení o bezinfekčnosti dítěte k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě

## Prohlášení zákonných zástupců dítěte

Prohlášení musí být **vyplněno, datováno a odevzdáno až v den odjezdu.**

Prohlašuji, že

### Informace o účastníkovi

Jméno a příjmení

Přezdívka (volitelné)

Datum narození

Rodné číslo

### Trvalé bydliště

Ulice a číslo popisné

PSČ

Město / obec

uvedená osoba nejeví známky akutního onemocnění (průjem, zvýšená teplota atd.), neprojevují se u ní a v posledních dvou týdnech neprojevily příznaky virového infekčního onemocnění (horečka, kašel, dušnost, náhlá ztráta chuti a čichu apod.) a hygienik ani ošetřující lékař jí nenařídili karanténní opatření. Není mi též známo, že v posledních dvou týdnech přišla tato osoba do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí.

Prohlašuji, že jsem byl(a) seznámen(a) s vymezením osob s rizikovými faktory (viz níže) a s doporučením, abych zvažil(a) tyto rizikové faktory při rozhodování o účasti na táboře.

Uvedená osoba je schopna se zúčastnit pobytového tábora v termínu

Beru na vědomí, že v případě výskytu infekce nemocí covid-19 na táboře, bude tento tábor ukončen. Pak jsem povinen zajistit, osobně či pověřenou osobou, odvoz výše uvedeného účastníka z tábora domů a následně se řídit pokyny hygienika a ošetřujícího lékaře. V případě ukončení tábora si jsem vědom(a), že nemohu očekávat vrácení celého táborového poplatku, ale maximálně dosud nevyňaložené části (což s ohledem na fixní náklady tábora nemusí odpovídat poměrné části za nerealizované dny).

Jsem si vědom(a) právních důsledků, které by mne postihly, kdyby toto moje prohlášení bylo nepravdivé.

### Funkční kontakt v době konání tábora

pro případ nutnosti bezodkladného návratu účastníka domů

Jméno a příjmení

Telefonní číslo

### Podpis zákonného zástupce

Jméno a příjmení

Datum podpisu

Město / obec

Podpis zákonného zástupce

### Ministerstvo zdravotnictví stanovilo následující rizikové faktory:

1. Věk nad 65 let s přidruženými chronickými chorobami.
2. Chronické onemocnění plic (zahrnuje i středně závažné a závažné astma bronchiale) s dlouhodobou systémovou farmakologickou léčbou.
3. Onemocnění srdce a/nebo velkých cév s dlouhodobou systémovou farmakologickou léčbou např. hypertenze.
4. Porucha imunitního systému, např.
  - a) při imunosupresivní léčbě (steroidy, HIV apod.),
  - b) při protinádorové léčbě,
  - c) po transplantaci solidních orgánů a/nebo kostní dřeně,
5. Těžká obezita (BMI nad 40 kg/m<sup>2</sup>).
6. Farmakologicky léčený diabetes mellitus.
7. Chronické onemocnění ledvin vyžadující dočasnou nebo trvalou podporu/náhradu funkce ledvin (dialýza).
8. Onemocnění jater (primární nebo sekundární).

Do rizikové skupiny patří osoba, která naplňuje alespoň jeden bod uvedený výše nebo pokud některý z bodů naplňuje jakákoliv osoba, která s ní žije ve společné domácnosti.