### **ZDRAVOTNÍ DEKLARACE (přihláška)**

 Vážení rodiče,

Váš syn/dcera………………………………………………………………………….se zúčastní adaptačního kurzu v termínu ……………………….. v areálu Karlov pod Pradědem, organizovaný školou. Realizátor/dodavatel akce je Activities 4You, z.s. Na adaptačním kurzu se student setká s řadou rozmanitých sportovních, pohybových a herních aktivit. Prosíme Vás o vyplnění zdravotní deklarace. Je pro nás nezbytnou nutností znát zdravotní stav účastníka, abychom přizpůsobili fyzickou náročnost programů a mohli předcházet případným zdravotním komplikacím. Informace Vámi uvedené jsou považovány za přísně důvěrné a slouží pouze pro potřeby adaptačního kurzu. Za jejich odpovědné a upřímné sdělení Vám děkujeme. Každou z následujících otázek vyplňte, prosím, slovy nebo zaškrtnutím.

Děkujeme tým A4Y

**Jméno a příjmení dcery/syna**………………………………………………………………………………....

Datum narození …………………………………………………Zdrav.pojišťovna:…………………………….

**Jméno, adresa, telefon ošetřujícího lékaře**:……………….………………………………………………………….........

1. **Užívá syn/dcera pravidelně nebo nepravidelně nějaké léky?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * **Užívá** tyto léky:

 Název léku | Jak často? Proč? | Vedlejší účinky? |
| ……………………………………………………………………………………………………….... | ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |  |
|  |  |  |

* **Neužívá** žádné léky
1. **Je Váš syn/dcera na něco alergický/á?**
* **Ano je alergický/á na:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Na jakou látku? | Jaká je reakce? | Je nutno podat lék? Jaký? |
|  |  |  |
|  |  |  |

* **Nevíme** o žádné alergii
1. **Musí dodržovat nějakou speciální dietu? Jakou?**
* **Ano** musí …………………………………………………………………………………………………………
* **Ne** nemusím dodržovat žádnou dietu
1. **Zdravotní omezení**
2. ANO NE Bolesti na hrudi, ztížené dýchání i při malé námaze
3. ANO NE Diabetes Mellitus (cukrovka)
4. ANO NE Pobyt v nemocnici během posledního půl roku
5. ANO NE Astma, bronchitidy, zánět plic
6. ANO NE Problémy či onemocnění páteře, klubů, šlach
7. ANO NE Infekční onemocnění během posledních 3 měsíců
8. ANO NE Křečové stavy
9. ANO NE Strach z výšek, uzavřených prostor, hmyzu atd.
10. ANO NE Závažná životní událost v poslední době
11. ANO NE Kontaktní čočky – vzhledem ke koupání
12. ANO NE Epilepsie
13. ANO NE Jiná zdravotní omezení (uveďte prosím jaká)

……………………………………………………………………………………………………………….

1. ANO NE Plavec

Pokud jste u kterékoli otázky uvedené výše zaškrtli ano, upřesněte prosím informace (příznaky, omezení, data…,vše co pokládáte za důležité).

Potvrzujeme, že jsme porozuměli všem výše uvedeným skutečnostem, včetně zdravotní problematiky a všechny údaje jsou pravdivé.

**V případě, že se léky užívají během pobytu, nezapomeňte je přibalit (převážně při silné alergii např. na včelí bodnutí)**

Sdělení rodičů:

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

**Souhlas se zpracováním osobních údajů:** Tento souhlas uděluje zákonný zástupce dobrovolně. Souhlas je udělován dle Nařízení Evropského parlamentu a Rady EU 679/2016 o Ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů, dále jen „GDPR“ dle zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů (dále jen ZOOÚ) a o změně některých zákonů. Svým podpisem udělujete Activities 4You, z.s., jakožto správci osobních údajů, svůj souhlas s tím, aby zpracovával osobní údaje, obsažené v přihlášce. Osobní údaje budou zpracovávány maximálně po dobu dvou let, následně budou archivovány. Na základně tohoto souhlasu se Vaše dítě bude moci zúčastnit námi realizovaného adaptačního kurzu. Jedná se o údaje, které jsou pro nás při organizaci kurzu nezbytné, v případě nutnosti je po nás mohou dále vyžadovat oprávněné instituce (KHS, zdravotní zařízení, atd.), kterým jsme povinni je poskytnout. Tyto osobní údaje budou využity výhradně pro nezbytnou administrativní přípravu a organizaci zajištění pobytu, za účelem poskytnutí relevantních služeb, pořádaných realizátorem/dodavatelem akce. Na Vaši žádost budou údaje z databáze vyřazeny. Souhlasím s použitím fotografií a videí z kurzu, jako součásti propagačních materiálů a aktivit. „Zmocňuji tímto realizátora/dodavatele Activities 4You,z.s. příspěvková organizace ke zpracování osobních údajů ve výše uvedeném rozsahu a k výše uvedeným účelům.“

Datum: ……………………………………. Podpis zákonného zástupce:

**Písemné prohlášení zákonného zástupce dítěte**

**o bezinfekčnosti v termínu………………..**

ve smyslu ustanovení § 9 odst. 3 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, v platném znění

Já, níže podepsaný/á ....................................................................... datum nar. : ..............................

 (jméno a příjmení zákonného zástupce)

jako zákonný zástupce dítěte ..............…….................................... datum nar. : ..............................

(jméno a příjmení dítěte)

**prohlašuji**, že:

1. dítě (nebo jiná fyzická osoba přítomná na akci) nejeví známky akutního onemocnění (například horečky, průjmu), vzhledem k epidemiologické situaci se rozšiřuje výčet o příznaky infekce covid-19, tj. zvýšená teplota, kašel, dušnost, bolest v krku, ztráta chuti a čichu atd.
2. ve 14 kalendářních dnech před odjezdem nepřišlo dítě do styku s osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy a ani jemu, ani jinému příslušníku rodiny žijícímu s ním ve společné domácnosti, není nařízeno karanténní opatření;
3. ve 14 dnech před odjezdem nepobývalo dítě v zahraničí, v případě, že ano, tak kde.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jsem si vědom/a právních následků, které by mě postihly, kdyby toto mé prohlášení bylo nepravdivé.

V ………………………. dne**\***……………… ……………………………………………

 podpis zákonného zástupce dítěte

**\***) datum ne starší, než jeden den před odjezdem dítěte.