

ZDRAVOTNÍ DOTAZNÍK

Jméno dítěte:..... Třída:..... RČ:...../.....

Bydliště: zdravotní pojišťovna:

Telefon na zákonného zástupce žáka:

Nemoci, které dítě prodělalo (opakovaně, náchylnost):

.....

Prodělané infekční nemoci:

Záchvaty (popis záchvatu):

První pomoc při záchvatu:

Alergie na léky:

potraviny:

jiné:

užívání léků (název + dávkování):

.....

.....

Užívané léky osobně odevzdejte třídnímu vyučujícímu před odjezdem.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že výše uvedené dítě je schopno zúčastnit se kurzu 22. - 26. 9. 2025.

Prohlašuji, že okresní hygienik ani ošetřující lékař nenařídil výše uvedenému účastníku školního kurzu karanténní opatření, zvýšený lékařský dohled. Dále mi pak není známo, že by účastník přišel do styku s osobami, které by onemocněly přenosnou chorobou.

V případě nemoci nebo hrubé nekázně zajistím odvoz dítěte v průběhu kurzu.

Zavazuji se k zaplacení všech případných škod způsobených mým dítětem.

Vaše dítě bylo poučeno o bezpečnosti a organizaci práce na kurzu 19. 9. 2025.

Telefon na kurz 601 101 612.

V Hlučíně 21. 9. 2025

.....

podpis zákonného zástupce