



# CENTRUM VOĽNÉHO ČASU

Komenského 752, 022 04 Čadca

www.cvcca.edu.sk



# CENTRUM VOĽNÉHO ČASU

Komenského 752, 022 04 Čadca

www.cvcca.edu.sk

## Vyhlasenie rodiča (zákonného zástupcu) o bezinfekčnosti.

Meno a priezvisko dieťaťa.....

Adresa bydliska .....

Letný tábor:.....

Vyhlasujem, že naše dieťa neprejavuje príznaky akútneho ochorenia a že regionálny úrad zdravotníctva ani lekár všeobecnej zdravotnej starostlivosti pre deti a dorast menovanému dieťaťu nenariadil karanténne opatrenie (karanténu, zvýšený zdravotný dozor alebo lekársky dohľad). Nie je mi známe, že by dieťa, jeho rodičia, alebo iné osoby, ktoré s ním žijú spoločne v domácnosti, prišli v priebehu posledného mesiaca do styku s osobami, ktoré ochoreli na prenosné ochorenia (napr. hnačka, angína, vírusový zápal pečene, zápal mozgových blán, horúčkové ochorenie s vyrážkami).

Som si vedomý(á) právnych následkov v prípade nepravdivého vyhlásenia, najmä som si vedomý(á), že by som sa dopustil(a) priestupku podľa § 56 zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

V Čadci dňa .....

podpis rodiča (zákonného zástupcu dieťaťa)

\* nehodiace sa preškrtnite

041 433 41 79  
041 433 41 80

041 433 41 79

domcek@cvcca.edu.sk

## POTVRDENIE

o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa zúčastniť sa letného  
detského tábora

Meno a priezvisko dieťaťa.....

Adresa bydliska .....

Letný tábor:.....

Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti podľa Vyhlášky MZ SR č. 526/2007 Z.z. ktorou sa ustanovujú podrobnosti o požiadavkách na zotavovacie podujatia vydá rodičovi, opatrovníkovi, poručníkovi, alebo inej fyzickej osobe, ktorá má maloleté dieťa zverené do osobnej starostlivosti, osobe, ktorá má dieťa v náhradnej osobnej starostlivosti, osobe, ktorá má dieťa v pestúnskej starostlivosti, osobe, ktorá má záujem stať sa pestúnom a má dieťa dočasne zverené do starostlivosti alebo štatutárnemu zástupcovi zariadenia, v ktorom sa vykonáva rozhodnutie súdu (ďalej len „zákonný zástupca“), lekár všeobecnej zdravotnej starostlivosti pre deti a dorast najskôr jeden mesiac pred začiatkom zotavovacieho podujatia; ak dieťa užíva lieky alebo jeho zdravotný stav si vyžaduje obmedzenie záťaže, súčasťou potvrdenia sú aj tieto skutočnosti./

**POTVRDZUJEM, že hore uvedené dieťa sa môže zúčastniť letného detského tábora zameraného na oddych a regeneráciu síl**

\*a/ bez obmedzenia

\*b/s

obmedzením

/uvedte

akým/.....

Vypíšte alergie, zdravotné ťažkosti, trvalo užívané lieky, príp. zvláštnosti

V Čadci dňa .....

Podpis a pečiatka ošetrojúceho lekára:

\* nehodiace sa preškrtnite

041 433 41 79  
041 433 41 80

041 433 41 79

domcek@cvcca.edu.sk