



## PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ – samostatné děti

**Jméno, příjmení dítěte:**

**Rodné číslo:**

**Bydliště:**

**ZP:**

Zákonní zástupci				
Jméno a příjmení	Datum narození	Vztah k dítěti	Adresa	Telefon

  

Opatrovník, pokud byl ustanoven			
Jméno a příjmení	Datum narození	Kontaktní adresa	Telefon

Osoby, kterým lze podávat informace o dítěti a umožnit vycházku s dítětem mimo zákonných zástupců				
Jméno, příjmení	Datum narození	Vztah k dítěti	Adresa	Telefon

Byl/a jsem seznámena, že dítě smí léčebna vydat pouze osobě, která má plnou moc od zákonných zástupců dítěte.

Návštěvy dítěte jsou každou neděli. Žádáme o dodržování, aby nedocházelo k narušování léčebného programu dětí.

Vlastní elektrospotřebiče není dovoleno užívat, pokud není předložena platná revizní zpráva těchto spotřebičů vydaná revizním technikem. V opačném případě zodpovídají za případné vzniklé škody zákonní zástupci dítěte.

Dětem není doporučeno mít u sebe na pobytu vlastní malé elektronické přístroje – mobilní telefony, notebooky, tablety apod. Hrozí zde poškození nebo ztráta. Byla jsem seznámena, že DL Křetín nezodpovídá za žádné drahé elektronické přístroje, které si děti na pobyt přivezou – notebooky, mobilní telefony, tablety a další.

Svému dítěti ponechávám na pobytu (prosím vyjmenujte- mobilní telefon, tablet, notebook - uveďte značku a telefonní číslo)

.....

### Souhlasy:

V našem zařízení jsou prováděny aktivity se psem (canisterapie) a aktivity s koněm (hipoterapie). Tyto aktivity jsou prováděny pod vedením školeného personálu. Přesto hrozí malé riziko, např pádu z koně. Jsem si tohoto rizika vědom, s těmito aktivitami pro své dítě **souhlasím – nesouhlasím (zaškrtněte).**

Během pobytu v naší léčebně se děti účastní různých sportovních a outdoorových aktivit, u kterých může dojít k určitému zranění. S těmito aktivitami pro své dítě **souhlasím – nesouhlasím (zaškrtněte)**



Jihomoravské dětské léčebny, příspěvková organizace, Křetín 12, PSČ 679 62, IČ 00386766, DĚTSKÁ  
LÉČEBNA KŘETÍN

Příloha č. 3 ke směrnici S/7 Dodržování práv a pacientů a poskytování péče se souhlasem

**Bezinfekčnost:**

Prohlašuji, že můj syn / dcera nebyl(a) v kontaktu s žádným infekčním onemocněním, ani ošetřující lékař nenařídil mému dítěti karanténní opatření, dále prohlašuji, že mé dítě nejeví známky nově vzniklého onemocnění jako horečka, průjem, atd.

Svým podpisem zákonný zástupce dává najevo souhlas s výše uvedeným.

V	dne:	Jméno a příjmení zák. zástupce: (hůlkovým písmem) Podpis zákonného zástupce: Jméno a příjmení zákonného zástupce: (hůlkovým písmem) Podpis zákonného zástupce: Jméno a příjmení dítěte staršího 14 let Podpis dítěte
---	------	---

Podpis všeobecné sestry, která přijímala dítě a předávala informace zákonným zástupcům: