Príloha k smernici č. 49/2023

Písomné vyhlásenie zákonného zástupcu o zdravotnej spôsobilosti žiaka

Meno a priezvisko žiaka	
Dátum narodenia žiaka	
Adresa trvalého pobytu žiaka	
Meno, priezvisko, adresa bydliska a kontakt na účely komunikácie zákonného zástupcu*	

Vyhlasujem, že:**

Žiak je zdravotne spôsobilé na pobyt v kolektíve aj s ohľadom na charakter výcviku alebo kurzu.

☐ Áno ☐ Nie

Žiak pravidelne užíva lieky.

☐ Áno ☐ Nie

Ak áno, aké: (názov lieku, dávkovanie lieku a frekvencia užívania lieku)

.....

.....

☐ Žiak neprejavuje príznaky akútneho ochorenia.

☐ Žiak nemá nariadené karanténne opatrenie, alebo zákonný zástupca nedisponuje informáciou, že by dieťa alebo žiak počas 14 dní predchádzajúcich dňu odchodu na výcvik alebo kurz prišlo do kontaktu s osobou chorou na prenosné ochorenie alebo osobou podozrivou z nákazy prenosným ochorením.

☐ Podľa informácií dostupných zákonnému zástupcovi, žiadna z osôb, s ktorými žiak žije v spoločnej domácnosti, neprišla v priebehu posledných 14 dní do styku s osobami, ktoré prekonali prenosné ochorenie (napríklad hnačka, angína, vírusový zápal pečene, zápal mozgových blán, horúčkové ochorenie s vyrážkami).

Som si vedomý(á), že pri zmene zdravotného stavu žiaka a prejave príznakov prenosného ochorenia (napríklad zvýšená teplota, vracanie, hnačka) sa žiak nemôže zúčastniť plaveckého výcviku.

V..... dňa..... .....

(meno, priezvisko a podpis zákonného zástupcu)

* Rodič, iná fyzická osoba ako rodič, ktorá má dieťa zverené do osobnej starostlivosti alebo do pestúnskej starostlivosti na základe rozhodnutia súdu, poručník, opatrovník alebo zástupca zariadenia, v ktorom sa vykonáva ústavná starostlivosť, výchovné opatrenie, neodkladné opatrenie alebo ochranná výchova, výkon väzby, výkon trestu odňatia slobody.

** Správnu možnosť označte X.