

Jméno dítěte :

Rodné číslo :

Jaké léky dítě užívá a jejich dávkování - osobní a pohotovostní léky dejte dítěti s sebou !!

NÁZEV LÉKU	DAVKOVÁNÍ			
	RÁNO	V POLEDNE	VEČER	JINAK - POPIŠTE

Podpis lékaře (zákonného zástupce) :

Uved'te alergie na potraviny :

Uved'te alergie na léky :

Uved'te ostatní alergie :

Uved'te zda se dítě pomočuje (jaký má enur. režim, kdy se budí) :

Které onemocnění dítě prodělalo v posledních 2 měsících (od vystavení návrhu) ? :

Uved'te zlozvyky a psychické poruchy dítěte :

Nezměnila se zdravotní pojišťovna vašeho dítěte od schválení návrhu ? ANO NE

Uved'te svůj kontakt :

Mobil :

Telefon :

Email :

ICQ :

Skype :

Jiné :

PROHLÁŠENÍ O BEZINFEKČNOSTI

Prohlašuji, že okresní hygienik ani ošetřující lékař nenařídil dítěti, které je v mé péči karanténí opatření a není mi známo, že v posledním týdnu přišlo dítě do styku s jedinci, kteří onemocněli přenosnou nemocí. Prohlašuji, že výše uvedené dítě nejeví známky nově vzniklého onemocnění (horečka, průjem apod.) a není mi známo nic, co by mohlo být překážkou ozdravného pobytu. Jsem si vědom(a) právních následků, které by mě postihly, kdyby mé prohlášení bylo nepravdivé, zejména jsem si vědom(a) toho, že bych se v tomto případě dopustil(a) porušení zákona 258/2000Sb.

Svým podpisem rodič nebo zákonný zástupce dává najevo svůj souhlas s výše uvedeným.

Dne :

Čitelný podpis :