

Bezinfekčnost a odpovědnost za škodu

Prohlašuji, že dítě:

narozené:

bytem:

nejeví známky akutního onemocnění (například horečka, průjem, zvracení) a ve 14 kalendářních dnech před odjezdem na akci nepřišlo do styku s fyzickou osobou nemocnou infekčním ani parazitárním onemocněním (např. vši) nebo podezřelou z nákazy, ani mu není nařízeno karanténní opatření.

V souladu s vyhláškou č. 106/2001 sb. dítě nesmí mít v průběhu akce u sebe žádné léky. Prohlašuji, že veškeré léky předávám s tímto prohlášením vedoucím.

Dítě je schopno zúčastnit se

Pikomatu MFF UK

v termínu

Dále prohlašuji, že přebírám zodpovědnost za škody způsobené dítětem v průběhu akce.

dne

Podpis zákonného zástupce dítěte: _____

Toto potvrzení nesmí být starší než jeden den.

Souhlas s pořízením fotografií a videí

dle ust. § 84 a násl. zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů

Osobní údaje: fotografie, portrétní fotografie

Účel zpracování: uveřejnění na webových stránkách Univerzity Karlovy (včetně stránek fakult a součástí), použití v propagačních materiálech Pikomatu MFF UK

Doba zpracování: 10 let

Já, níže podepsaný/ná, jakožto zákonný zástupce dítěte

jméno a příjmení:

bytem:

tímto uděluji souhlas Univerzitě Karlově, se sídlem Ovocný trh 560/5, 116 36 Praha 1, IČO: 00216208 (dále jen „UK“), která je správcem osobních údajů všech fakult a součástí UK, k pořízení fotografie/fotografií, na nichž bude zachycena jeho podoba a bude z ní možné určit jeho totožnost, a k jejímu/jejich využití k výše uvedeným účelům a po výše stanovenou dobu.

Tento souhlas uděluji ze své vlastní a svobodné vůle a беру на vědomí, že jej mohu kdykoliv odvolat. Odvolat souhlas mohu zasláním e-mailu na adresu pikomat@pikomat.mff.cuni.cz nebo osobní návštěvou v sídle správce.

Dále máte právo

- požádat o informaci, jaké osobní údaje jsou o něm zpracovávány,
- požadovat opravu osobních údajů, pokud jsou neplatné nebo zastaralé,
- požadovat, aby nebyly jeho osobní údaje zpracovávány do doby, než bude vyřešena oprávněnost výše uvedených požadavků,
- požadovat, aby byly jeho osobní údaje předány jinému správci,
- podat stížnost u dozorového úřadu.

dne

Podpis zákonného zástupce dítěte: _____

Převzetí odpovědnosti

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

Adresa místa trvalého pobytu:

Po ukončení

Pikomatu MFF UK

v termínu

z (nehodící se škrtněte):

Vyberte jednu z možností:

a) Souhlasím, aby mé dítě odešlo samo, a přebírám za něj plnou právní odpovědnost.

b) Jako zákonný zástupce vyzvednu své dítě osobně.

dne

Podpis zákonného zástupce dítěte: _____

Prohlášení o plaveckých schopnostech dítěte

Prohlašuji, že dítě:

narozené:

bytem:

je **plavec/neplavec** a **může/nemůže** se zúčastnit plaveckých aktivit

Pikomatu MFF UmK v termínu

dne

Podpis zákonného zástupce dítěte: _____

Toto potvrzení nesmí být starší než jeden den.

Doplňující údaje účastníka

pro potřeby postupu podle zákona ze dne 6. 11. 2011 č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále jen „zákon o zdravotních službách“) a navazujících předpisů.

S ohledem na zákonnou úpravu obsaženou v zákoně o zdravotních službách doplňuji údaje ohledně nezletilého účastníka, jehož jsme zákonní zástupci, pro dobu konání , v termínu takto:

1. Údaje nezletilého účastníka (jméno a příjmení):

narozeného dne:

(dále jen nezletilý)

2. V době konání soustředění budou rodiče (jiní zákonní zástupci dítěte) nezletilého k zastižení takto¹⁾:

Jméno a příjmení, vztah k dítěti	Adresa, doba k zastižení	Telefonní čísla, doba k zastižení	Nedosažitelnost*

* Rozumí se naprostá nedosažitelnost – například rekreační/služební pobyt mimo ČR, mimo signál mobilního telefonu apod. (uved'te od kdy do kdy).

3. Souhlas rodičů s poskytováním informací o zdravotním stavu dítěte, určení osoby přítomné při poskytování zdravotních služeb nezletilému a oprávněné udělit souhlas k poskytnutí zdravotních služeb

Po dobu konání akce je zdravotník

a) osobou, které dle našeho rozhodnutí a souhlasu mají být poskytovány informace o zdravotním stavu nezletilého ve smyslu ustanovení § 31 zákona o zdravotních službách,

b) osobou, na jejíž nepřetržitou přítomnost má náš nezletilý syn/ naše nezletilá dcera právo při poskytování zdravotních služeb ve smyslu ustanovení § 28 odst. 3 písm. e) bod 1. zákona o zdravotních službách,

c) shora jmenovanou současně určujeme osobou, která je za nás oprávněna udělit souhlas k poskytnutí zdravotních služeb tam, kde postačuje souhlas jednoho z rodičů dle § 35 odst. 2 písm. a) bod 2 zákona o zdravotních službách.

dne

.....
podpisy zákonných zástupců nezletilého

4. Stanovisko pro případ nedosažitelnosti zákonných zástupců nezletilého

Pokud bude zdravotnickým zařízením vyžadováno dle § 35 odst. 2 zákona o zdravotních službách souhlas rodiče, popř. obou rodičů a kontakt s námi nebude možné zajistit, žádám, aby poskytovatel současně s informací o této skutečnosti předal soudu toto naše stanovisko:

a) Žádáme, pro případ nedosažitelnosti našeho souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb nezletilému dítěti _____ narozenému _____, v době konání soustředění, aby byl dítěti ustanoven pro tuto záležitost jako opatrovník:

Jméno a příjmení	Adresa a doba k zastižení	Telefonní čísla, doba k zastižení

Jedná se o osobu v tomto příbuzenském vztahu k dítěti _____, tedy o osobu blízkou, která je s dítětem i s rodiči v pravidelném osobním kontaktu a je seznámena s rodinnými poměry dítěte.

b) Pro případ její nedosažitelnosti žádáme, aby byl dítěti ustanoven pro tuto záležitost jako opatrovník:

Jméno a příjmení	Adresa a doba k zastižení	Telefonní čísla, doba k zastižení

Jedná se o osobu v tomto příbuzenském vztahu k dítěti _____, tedy o osobu blízkou, která je s dítětem i s rodiči v pravidelném osobním kontaktu a je seznámena s rodinnými poměry dítěte.

c) Ponechávám rozhodnutí o osobě opatrovníka na úvaze soudu.

dne

.....
podpisy zákonných zástupců nezletilého

1)

Uveďte jméno, příjmení, vztah k dítěti, telefonické kontakty, adresu pobytu, a to včetně případných časů termínů, kdy na uvedených kontaktech budete k zastižení. V případě, že v termínu soustředění nebo jeho části nebude některý ze zákonných zástupců dítěte k dispozici, uveďte tuto skutečnost také a věnujte zvýšenou pozornost dalším částem formuláře. Do přehledu je možné uvést i jinou osobu blízkou, kterou před svým odjezdem vybavíte plnou mocí (prarodiče, tetu, strýce apod.). Doporučujeme tuto plnou moc opatřit úředně ověřeným podpisem rodiče nebo obou rodičů. Je však možné, že i přes tuto plnou moc poskytovatel zdravotních služeb odmítne uznat souhlas za dostatečný a bude žádat o určení opatrovníka soud. Pro tento případ věnujte pozornost článku 4.

Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte

Vydává praktický lékař pro děti a dorost, který dítě registruje.

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

Adresa místa trvalého pobytu:

ČÁST A) Posuzované dítě:

- a) je zdravotně způsobilé
- b) není zdravotně způsobilé

c) je zdravotně způsobilé s omezením: _____

k těmto činnostem: dětská zotavovací akce, letní tábor, zájmová sportovní činnost, kondiční plavání, sportovní soustředění, škola v přírodě.

Tento posudek má platnost maximálně 24 měsíců ode dne vystavení, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

ČÁST B) Posuzované dítě:

- se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním: ANO – NE
- je imunní proti nákaze (typ, druh): _____

- má kontraindikaci proti očkování (typ, druh): _____

- dlouhodobě užívá léky (typ, druh, dávka): _____

- Dále upozorňuji na tyto možné zdravotní problémy či jiná omezení (např. alergie): _____

Datum vydání posudku: _____ Razítko a podpis lékaře: _____

poučení: Proti části A) tohoto posudku lze podle § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, podat návrh na jeho přezkoumání do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání poskytovatelem zdravotních služeb, který posudek vydal. Návrh na přezkoumání lékařského posudku nemá odkladný účinek, jestliže z jeho závěru vyplývá, že posuzovaná osoba je pro účel, pro nějž byla posuzována, zdravotně nezpůsobilá nebo zdravotně způsobilá s podmínkou.

Jméno a příjmení oprávněné osoby: _____

Vztah k dítěti: _____

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne: _____

Podpis oprávněné osoby: _____