

**Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti
dospelého účastníka letného stanového tábora
resp. dospeljej osoby pracujúcej v letnom tábore**
(vyjadrenie lekára)

Meno a priezvisko:,
dát. narodenia, rodné číslo,
bydlisko

- trpí chorobou alebo
má časté choroby:

- má alergiu na
(bodnutie hmyzom,
zvieratá a pod.):
- nesmie užívať lieky:

- má krvnú skupinu:

Upozorňujem na:

Menovaná osoba je zdravotne spôsobilá vykonávať dozor (vedúci kolektívu) **alebo zdravotný dohľad na tábore v prírode**, na zotavovacom podujatí alebo inom podobnom podujatí pre deti a mládež **v zmysle § 25 odst. 2 č. 355/2007 Z. z.** o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov. V súlade s ustanovením vyššie uvedeného zákona má tento posudok platnosť 1 rok od dátumu vystavenia posudku.

V dňa

.....
Titul, meno, priezvisko, pečiatka a podpis lekára

**Vyhlasenie o bezinfekčnosti dospelého účastníka tábora
resp. dospeljej osoby pracujúcej v letnom tábore**
(nie staršie ako jeden deň pred nástupom do tábora)

Vyhlasujem, že ja (meno a priezvisko),

.....
bytom v

- **neprejavujem príznaky akútneho ochorenia** (napríklad horúčky alebo hnačky),
- **neprejavujem a ani v posledných dvoch týždňoch som neprejavoval(a) príznaky vírusového infekčného ochorenia** (horúčka, kašeľ, dýchavičnosť, náhla strata chuti a čuchu a pod.)
- a že regionálny úrad verejného zdravotníctva ani ošetrojúci lekár všeobecnej zdravotnej starostlivosti mi **nenariadil karanténne opatrenie** (karanténu, zvýšený zdravotný dozor alebo lekársky dohľad).

Nie je mi známe, že by som ja, moji rodinní príslušníci alebo iné osoby, ktoré so mnou žijú spoločne v domácnosti, **prišli v priebehu posledných dvoch týždňov do styku s osobami, ktoré ochoreli na infekčné ochorenie** (napr. hnačka, angína, vírusový zápal pečene, zápal mozgových blán, horúčkové ochorenie s vyrážkami, Covid-19).

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 dňa

Podpis dospelého účastníka/pracovníka:

.....
Telefón:

.....