

POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍ AKCI / ŠKOLE V PŘÍRODĚ

Evidenční číslo posudku:

Jméno a příjmení dítěte: Datum narození:

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného pobytu:

Část A – Posuzované dítě k účasti na zotavovací akci

a) je zdravotně způsobilé *

b) není zdravotně způsobilé *

c) je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením) * **

Část B – Potvrzení o tom, že dítě

a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO – NE *

b) je proti nákaze imunní (typ/druh)

c) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh)

d) je alergické na

e) dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka)

Datum vydání posudku

Podpis, jmenovka lékaře, razítko zdravotního zařízení

Poučení: Proti části A) tohoto posudku je možno podat podle ustanovení §46 odst. 1. zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotnických službách, ve znění pozdějších předpisů, podat návrh na jeho přezkoumání do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání poskytovatelem zdravotnických 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

* *nehodící se škrtněte*

** *bylo-li zjištěno, že posuzované dítě je zdravotně způsobilé s omezením, uveďte se omezení podmiňující zdravotní způsobilost k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě.*

Posudek je platný 2 roky od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

Zde nalepte kopii kartičky zdravotní pojišťovny (kopii obou stran):

PROHLÁŠENÍ O BEZINFEKČNOSTI DÍTĚTE

Prohlašuji, že dítě, narozené,
bytem

nejeví známky akutního onemocnění (např. horečky nebo průjmy), vzhledem k epidemiologické situaci se rozšiřuje výčet o příznaky infekce covid-19, tj. zvýšená teplota, kašel, dušnost, bolest v krku, ztráta chuti a čichu atd. a ve 14 kalendářních dnech před odjezdem na akci nepřišlo do styku s fyzickou osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy a ani jemu, ani jinému příslušníku z rodiny žijícímu s ním ve společné domácnosti, není nařízeno karanténní opatření.

Jsem si vědom/a právních následků, které by mne postihly, kdyby toto mé prohlášení nebylo pravdivé.

V dne*

.....
Podpis zákonného zástupce

.....
Příjmení a jméno zák. zástupce
(HŮLKOVÝM PÍSMEM)

**toto prohlášení nesmí být starší 1 dne před odjezdem na akci*

SOUHLAS S POSKYTNUTÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ

Udělují tímto souhlas společností FK Dukla Praha ženy, z.s. se sídlem Za Hládkovem 680/12, Praha 6 – Střešovice, 169 00, IČ: 03622533, dále FK DUKLA Praha a.s., se sídlem Na Julisce 28/2, 160 00 Praha 6 – Dejvice, IČO: 27796388, a dále Fotbalový klub DUKLA Praha, spolek, se sídlem Na Julisce 28/2, 160 00 Praha 6 – Dejvice, IČO: 67984142 (dále jen „Správce“), aby ve smyslu zákona č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů (dále jen „zákon o ochraně osobních údajů“) zpracovávala poskytnuté osobní údaje:

- jméno a příjmení účastníka Duklakempu
- datum narození účastníka Duklakempu
- rodné číslo účastníka Duklakempu
- adresu bydliště účastníka Duklakempu
- jméno a příjmení zákonného zástupce účastníka Duklakempu
- telefonní číslo zákonného zástupce účastníka Duklakempu
- e-mail zákonného zástupce účastníka Duklakempu

Veškeré osobní údaje společnost sbírá přes webový formulář dostupná na <https://fkdukla.cz/zobraz.asp?t=prihlaska>.

Dále souhlasím, aby na základě čl. 6 odst. 1, písm. a) Nařízení zpracoval Správce fotografie, videa, zvukové záznamy (mně a mého dítěte) za účelem prezentace na webu, sociálních sítích a marketingu (zejména v propagačních materiálech, letácích) a prezentace ve výročních zprávách a dalších informačních materiálech.

S výše uvedeným zpracováním udělují svůj výslovný souhlas. Souhlas lze kdykoliv odvolat, a to zasláním e-mailu s žádostí na havlasova@fkdukla.cz.

Osobní údaje budou zpřístupněny pouze oprávněným zaměstnancům klubu, či zaměstnancům zpracovatele, a to pouze v míře nezbytné pro účely zpracování.

Svým podpisem prohlašujete, že jste byl/a informován/a o svých právech a povinnostech, zejm. o svém právu (i) na přístup k osobním údajům, (ii) na opravu či doplnění nepřesných nebo nepravdivých osobních údajů, (iii) na výmaz osobních údajů, nejsou-li již osobní údaje potřebné pro účely, pro které byly shromážděny či jinak zpracovány, anebo zjistí-li se, že byly zpracovávány protiprávně, (iv) na omezení zpracování osobních údajů ve zvláštních případech (v) na přenositelnost údajů a taktéž právo (vi) vznést námitku, po níž zpracování osobních údajů bude ukončeno neprokáže-li se, že existují závažné oprávněné důvody pro zpracování, jež převažují nad Vašimi zájmy nebo právy a svobodami, zejména je-li důvodem případné vymáhání právních nároků a (vii) obrátit se na Úřad pro ochranu osobních údajů.

Prohlašuji, že jsem si text tohoto souhlasu pečlivě přečetl/přečetla, obsahu rozumím a souhlasím s ním. To stvrzuji mým vlastnoručním podpisem.

Jméno a příjmení dítěte: narozené:

V dne

.....
Podpis zákonného zástupce

.....
Příjmení a jméno zák. zástupce
(HŮLKOVÝM PÍSMEM)

SOUHLAS S PŘÍPADNÝM OŠETŘENÍM DÍTĚTE, S POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU A PŘEVOZU DÍTĚTE SOUKROMÝM VOZIDLEM

Jméno a příjmení dítěte: narozené:

bytem

Jako zákonný zástupce výše uvedeného nezletilého uděluji, v souladu se zněním zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách, souhlas k tomu, aby během pobytu na letním fotbalovém Duklakempu byly v případě potřeby poskytnuty nezletilému zdravotní služby bez dalšího zjišťování souhlasu zákonných zástupců. Rovněž беру на vědomí, že bude-li to nezbytné, bude nezletilý hospitalizován ve zdravotnickém zařízení. Po ošetření či hospitalizaci souhlasím s vydáním dítěte zpět osobě pověřené organizátorem Duklakempu, umožní-li to zdravotní stav nezletilého.

Jako zákonný zástupce nezletilého dále souhlasím s poskytováním informací o zdravotním stavu nezletilého osobě pověřené organizátorem Duklakempu. Organizátor Duklakempu se zavazuje informovat zákonného zástupce o případném ošetření ve zdravotnickém zařízení. Udělením tohoto souhlasu není dotčeno právo zákonného zástupce na informace o zdravotním stavu nezletilého pacienta, na informace o poskytnuté zdravotní péči, ani jiná práva, která ze zákona má.

Jako zákonný zástupce nezletilého dále souhlasím, že v případě nutnosti může pracovník Duklakempu převést nezletilého k nezbytnému ošetření soukromým vozidlem. Tento souhlas se uděluje pouze po dobu trvání Duklakempu.

Termín Duklakempu - 7. 2020 *

V dne

.....
Podpis zákonného zástupce

.....
Příjmení a jméno zák. zástupce
(HŮLKOVÝM PÍSMEM)

**doplňte datum turnusu Duklakempů, kterého se dítě účastní.*