

## POTVRZENÍ O BEZINFEKČNOSTI

Potvrzuji svým podpisem, že moje dítě .....  
**neprodělalo v minulých dnech žádnou infekční chorobu a ani nemělo vědomý kontakt s takto nemocným člověkem.**

**Sdělte nám, zda Váš syn / dcera trpí zdravotními obtížemi, které by mohly ovlivnit jeho / její účast na kurzu (např. alergie, srdeční arytmie, zvláštní léky apod.).**

Obtíže/léky, které užívá pravidelně nebo v případě nouze/další důležité informace (můžete použít i druhou stranu tiskopisu)

.....  
.....  
.....  
.....

V ..... dne ..... Podpis zák. zástupce žáka .....

## Souhlas s ošetřením dítěte

Akce ..... Datum .....

Jméno, příjmení dítěte ..... Třída: .....

Datum narození: ..... Adresa: .....

Telefonní kontakt na rodiče po dobu pobytu .....

**Po dobu konání kurzu souhlasím s ošetřením dítěte lékařem či zdravotníkem kurzu případně s ošetřením ve zdravotnickém zařízení. O ošetření dítěte ve zdravotnickém zařízení bude rodič telefonicky informován.**

V ..... dne ..... Podpis zák. zástupce žáka .....

Ošetřující lékař: ..... Telefon lékaře: .....

Zdravotní pojišťovna: .....

## Souhlas s lyžováním ve skupinách

Souhlasím, aby můj syn/dcera .....  
mohl/a v případě příznivých podmínek lyžovat samostatně v menších skupinách na určené sjezdovce, dle pokynů instruktora.

V ..... dne ..... Podpis zák. zástupce žáka .....