|  |
| --- |
| **Zákonní zástupci** |
| Jméno a příjmení | Datum narození | Vztah k dítěti | Adresa | Telefon |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ – SAMOSTATNÉ DĚTI**

**Jméno, příjmení dítěte: Rodné číslo:**

**Bydliště: ZP:**

|  |
| --- |
| **Opatrovník, pokud byl ustanoven** |
| Jméno a příjmení | Datum narození | Kontaktní adresa | Telefon |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Osoby, kterým lze podávat informace o dítěti a umožnit vycházku s dítětem mimo zákonných zástupců** |
| Jméno, příjmení | Datum narození | Vztah k dítěti | Adresa | Telefon |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Jsem si vědom/a rizika vzniku poranění při léčebné péči – rehabilitaci. Jedná se především o patologické zlomeniny, hematomy apod. (např. zlomeniny u dětí s osteoporózou způsobenou imobilitou nebo hematomy vzniklé při cvičení Vojtovou metodou, kdy je vyvíjen tlak na spoušťové body anebo při užívání některých antiepileptik s vyšším rizikem vzniku hematomů.

Byl/a jsem seznámena, že dítě smí léčebna vydat pouze osobě, která má plnou moc od zákonných zástupců dítěte.

Návštěvy dítěte jsou po telefonické domluvě denně. Žádáme o dodržování, aby nedocházelo k narušování léčebného programu dětí.

Vlastní elektrospotřebiče není dovoleno užívat, pokud není předložena platná revizní zpráva těchto spotřebičů vydaná revizním technikem. V opačném případě zodpovídají za případné vzniklé škody zákonní zástupci dítěte.

Dětem není doporučeno mít u sebe na pobytu vlastní malé elektronické přístroje – mobilní telefony, notebooky, tablety apod. Hrozí zde poškození nebo ztráta. Byl/a jsem seznámen/a, že DLPP Boskovice nezodpovídá za žádné drahé elektronické přístroje, které si děti na pobyt přivezou – notebooky, mobilní telefony, tablety a další.

Přes toto upozornění svému dítěti ponechávám na pobytu (prosím vyjmenujte- mobilní telefon, tablet, notebook - uveďte značku a telefonní číslo) …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Zdravotnické prostředky, které dítěti předepsal lékař např. invalidní vozík, sedačka, dlahy, odsávačka apod. , musí být rovněž v bezvadném technickém stavu, funkční a nepoškozené.

**Seznam přístrojů a pomůcek, které dítě má s sebou:**

|  |  |
| --- | --- |
| název | typ |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Souhlasy:**

Během pobytu v naší léčebně se děti účastní různých sportovních a outdorových aktivit, u kterých hrozí riziko poranění. S těmito aktivitami pro své dítě **souhlasím – nesouhlasím (zaškrtněte)**

**Bezinfekčnost:**

Prohlašuji, že můj syn / dcera nebyl(a) v kontaktu s žádným infekčním onemocněním, ani ošetřující lékař nenařídil mému dítěti karanténní opatření, dále prohlašuji, že mé dítě nejeví známky nově vzniklého onemocnění jako horečka, průjem, atd.

Svým podpisem zákonný zástupce dává najevo souhlas s výše uvedeným.

V dne: Jméno a příjmení zák. zástupce:

 (hůlkovým písmem)

 Podpis zákonného zástupce:

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

 (hůlkovým písmem)

 Podpis zákonného zástupce:

 Jméno a příjmení dítěte staršího 14 let

 Podpis dítěte

Podpis všeobecné sestry, která přijímala dítě a předávala informace zákonným zástupcům: