

# ČESTNÉ PREHLÁSENIE O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI

(Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky 526/2007 Z.z.)

Čestne prehlasujem, že moje dieťa \_\_\_\_\_ dátum  
narodenia: \_\_\_\_\_ je zdravotne spôsobilé na denný tábor "City a Friends".

Choroby (fyzické – psychické): \_\_\_\_\_

Alergie (vrátane alergie na uštipnutie hmyzom): \_\_\_\_\_

Lieky: \_\_\_\_\_

Špeciálna strava: \_\_\_\_\_

*Ako rodič chápem a súhlasím s dôsledkami neposkytnutia všetkých relevantných zdravotných informácií (zdravotné problémy fyzické aj psychické, neudanie liekov, ktoré dieťa užíva (potrebuje užívať), a akékoľvek iné neudané zdravotné informácie) a súhlasím s tým, že preberám plnú zodpovednosť za následky, ktoré môžu vyplývať z nezverejnených zdravotných problémov. V prípade akýchkoľvek zdravotných komplikácií súhlasím, že dieťa vezmem z tábora na vlastné náklady a uhradím prípadné náklady/škody, ktoré vzniknú pri tejto situácii tábora "City a Friends".*

Dátum

Podpis rodiča / zákonného zástupcu

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_