

## Souhlas zákonných zástupců – Adaptační pobyt

Souhlas zákonných zástupců s mimoškolní akcí <b>Adaptační pobyt</b>	
Souhlasím s účastí mého syna (dcery)	
nar.:	bydl.:
na mimoškolní akci (název, termín)	<b>AP dvoudenní: 1.B</b> od 6. 9. 2023 do 7. 9. 2023
Dostal/a jsem informace o AP v příloze tohoto souhlasu. Cena AP – 1240,- Kč na žáka - kontakt na organizátora akce: tel: 725 886 807, email: <a href="mailto:vasickova@gym-tisnov.cz">vasickova@gym-tisnov.cz</a>	
Informujeme, že osobní údaje mého syna (dcery) v rozsahu jméno, příjmení, adresa budou zaslány ubytovateli za účelem splnění jeho zákonné povinnosti dané zákonem č. 565/1990 Sb., o místních poplatcích.	
Prohlašuji, že syn (dcera) může dostat individuální volno bez dohledu učitele na omezený časový úsek a v určeném prostoru a že dcera (syn) může po příjezdu z AP odejít sám (sama) domů.	
Jsem si vědom zdravotního stavu svého syna (dcery) a při odjezdu odevzdám třídnímu učiteli: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Průkaz zdravotní pojišťovny (postačující je i fotokopie).</li> <li>• Očkovací průkaz (postačující je i fotokopie).</li> <li>• Prohlášení zákonných zástupců dítěte (nejeví známky akutního onemocnění, nepřišel do styku s infekčním onemocněním, není nařízeno karanténní opatření).</li> <li>• Případné informace o změně zdravotní způsobilosti, zdravotních obtížích dítěte nebo jiných závažných skutečnostech, které by mohly mít vliv na průběh či účast na mimoškolní akci.</li> <li>• Případné informace o osobních léčích syna (dcery).</li> </ul>	
Syn / dcera má nezbytné vybavení na AP.	
Datum a podpis zákonného zástupce žáka	

## BEZINFEKČNOST

Prohlášení musí být vyplněno a datováno v den odjezdu a dítě je odevzdá spolu s potvrzením o zdravotní způsobilost dítěte a průkazem zdravotní pojišťovny.

Prohlašuji, že dítě: ..... nejeví známky akutního onemocnění (například horečka nebo průjem). Není mi též známo, že by dítě přišlo v posledních 14 kalendářních dnech před odjezdem do školy v přírodě/na zotavovací akci do styku s fyzickou osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy ani mu není nařízeno karanténní opatření. **Jsem si vědom(a) právních následků, které by mne postihly, kdyby toto prohlášení nebylo pravdivé.**

V..... dne.....

Podpis zákonného zástupce: