

# PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ DÍTĚTE O BEZINFEKČNOSTI PRO AKCI MOŘSKÁ HVĚZDA 2021

Předat u autobusu doprovodnému  
pracovníkovi

Bez tohoto potvrzení NEBUDE dítě přijato k léčebně-ozdravnému pobytu!

Jméno a příjmení dítěte: ..... datum narození: ..... telefon na zákonné zástupce dítěte  
matka: ..... otec: ..... jiné kontaktní spojení v době pobytu včetně telefonního  
čísla: .....

## POTVRZENÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE Potvrzení nesmí být starší než 14 dnů před odjezdem.

A) Upozornění na změny zdravotního stavu, které nastaly od doby vyplnění Přihlášky do odjezdu na léčebně-ozdravný pobyt Mořská hvězda 2021:

.....  
.....

B) Léky, které dítě v současné době užívá, včetně dávkování:

.....  
.....

Datum: ..... Podpis lékaře a razítko: .....

## PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ DÍTĚTE O BEZINFEKČNOSTI

Nesmí být starší než 1 den před odjezdem (rozhodné datum je den přijetí na akci)! (Potvrzení o  
bezinfekčnosti se starším datem bude považováno za neplatné).

Prohlašuji, že:

- ošetřující lékař nenařídil dítěti změnu režimu, dítě nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teplota), vzhledem k epidemiologické situaci se rozšiřuje výčet o příznaky infekce COVID-19, tj. Zvýšená teplota, kašel, dušnost, bolest v krku, ztráta chuti či čichu, průjem a bolest hlavy, atd. Okresní hygienik ani ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření ani zvýšený zdravotní dohled. Dítě je schopno zúčastnit se léčebně-ozdravného pobytu Mořská hvězda 2021. Nejsou mi známy žádné okolnosti, jež by mohly nepříznivě ovlivnit jeho pobyt.
- ve 14 dnech před odjezdem nepřišlo dítě do styku s osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy a ani jemu, ani jinému příslušníkovi rodiny žijícímu s ním ve společné domácnosti, není nařízeno karanténní opatření.
- ve 14 dnech před odjezdem nepřišlo dítě do styku s osobou nemocnou onemocněním COVID-19 nebo podezřelou z nákazy a ani jemu, ani jinému příslušníkovi rodiny žijícímu s ním ve společné domácnosti, není nařízeno karanténní opatření.
- dítě neužívá žádné psychotropní a návykové látky a ani je nepřeváží.
- dítě nemá vší ani hnidy.
- dítě je očkováno proti tetanu. Poslední očkování dne .....
- dítě prodělalo neštovice ANO/NE
- dítě absolvuje pravidelné preventivní stomatologické prohládky. Poslední návštěva zubního lékaře dne .....
- dítě jsem seznámil(a) s léčebně-ozdravným režimem akce Mořská hvězda
- dítě má s sebou tyto léky, které dlouhodobě užívá .....

Požaduji, aby léky mělo dítě u sebe a samo si je dávalo: ANO/NE..

Jsem si vědom(a) právních následků, které by mě postihly, kdyby toto mé prohlášení bylo nepravdivé.

Jméno, příjmení zákonného zástupce: .....

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

Podpis zákonného zástupce: .....

Další důležitá sdělení zákonných zástupců dítěte pro lékaře nebo výchovného pracovníka:

.....  
.....

**ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE MUSÍ U ODJEZDU DOLOŽIT JEDEN Z NÁSLEDUJÍCÍCH  
DOKUMENTŮ Z DŮVODU ZAJIŠTĚNÍ BEZPEČNOSTI DĚTSKÝCH ÚČASTNÍKŮ POBYTU**

1. dokument potvrzující ukončené očkovací schéma proti COVID-19, to znamená aplikaci příslušného počtu dávek vakcíny proti COVID-19 podle závazných specifikací.
2. dokument - vystaveno písemné lékařské potvrzení v anglickém jazyce, a to lékařem působícím v České republice nebo v jiném členském státě Evropské unie o tom, že nemají klinické známky onemocnění COVID-19, prokazatelně prodělali onemocnění COVID-19, absolvovali podle platných mimořádných opatření Ministerstva zdravotnictví nebo opatření jiného členského státu Evropské unie izolaci ve stanoveném rozsahu z důvodu pozitivního výsledku RT-PCR testu na přítomnost SARSCoV-2, a od prvního pozitivního výsledku RT-PCR testu na přítomnost SARS-CoV-2 uplynulo alespoň 14 dní, ne však více než 180 dní; potvrzení musí obsahovat razítko, identifikační údaje lékaře a jeho telefonické spojení; možný vzor potvrzení je zveřejněn na webových stránkách Ministerstva zdravotnictví.
3. dokument potvrzující negativní výsledek provedeného antigenního testu ne starším než 48 hodin před nástupem na léčebně ozdravný pobyt. Dítě musí disponovat písemným potvrzením akreditované laboratoře o jeho výsledku.

**SOUHLAS ZÁKONÉHO ZÁSTUPCE S TESTOVÁNÍM NA ONEMOCNĚNÍ COVID-19 PŘI CESTE ZPĚT DO ČR A  
VYPLNĚNÍM PŘÍJEZDOVÉHO FORMULÁŘE DÍTĚTE**

Cestující z těchto zemí musí před cestou do ČR oznámit svůj příjezd krajské hygienické stanici příslušné podle místa bydliště, a to vyplněním Příjezdového formuláře (bude provedeno na pobytu), potvrzení o jeho vyplnění je nutné předložit hraniční kontrole.

V případě cesty do ČR veřejnou dopravou (zejm. letadlem, vlakem, autobusem) cestující musí podstoupit antigenní test (provedený max 24 h před začátkem cesty), nebo RT-PCR test (provedený nejvýše 72 hodin před zahájením cesty do ČR) a musí disponovat písemným potvrzením akreditované laboratoře o jeho výsledku. Potvrzení o výsledku testu bude vyžadováno dopravci jako podmínka pro přijetí cestujícího k přepravě a cestující jej musí na vyžádání předložit hraniční kontrole v ČR.

Dětem bude na cestě zpět proveden antigenní test za poplatek 20 euro akreditovanou laboratoří. Náklady na provedení antigenního testu hradí dítě na pobytu.

Dokument - vystaveno písemné lékařské potvrzení v anglickém jazyce, a to lékařem působícím v České republice nebo v jiném členském státě Evropské unie o tom, že nemají klinické známky onemocnění COVID-19, prokazatelně prodělali onemocnění COVID-19, absolvovali podle platných mimořádných opatření Ministerstva zdravotnictví nebo opatření jiného členského státu Evropské unie izolaci ve stanoveném rozsahu z důvodu pozitivního výsledku RT-PCR testu na přítomnost SARSCoV-2, a od prvního pozitivního výsledku RT-PCR testu na přítomnost SARS-CoV-2 uplynulo alespoň 14 dní, ne však více než 180 dní; potvrzení musí obsahovat razítko, identifikační údaje lékaře a jeho telefonické spojení; možný vzor potvrzení je zveřejněn na webových stránkách Ministerstva zdravotnictví.

Po příjezdu do ČR po dobu 14 dnů platí pro všechny povinnost nosit všude mimo domov respirátory nebo obdobné prostředky (vždy bez výdechového ventilu) naplňující minimálně všechny technické podmínky a požadavky (pro výrobek), včetně filtrační účinnosti alespoň 94% dle příslušných norem (např. FFP2, KN95)

Datum: .....

Podpis zákonného zástupce dítěte:.....