### DOTAZNÍK PRO RODIČE A POTVRZENÍ O BEZINFEKČNOSTI

určený pro potřeby Školy v přírodě Čestice

Milí rodiče, prosíme o pečlivé a podrobné vyplnění dotazníku, abychom v případě potřeby mohli poskytnout nejlepší péči a zabránili případnému vyvolání znepokojení i při sebemenších zdravotních obtíží. Samozřejmě, pokud bude potřeba, o zdravotním stavu Vašeho dítěte budete neprodleně telefonicky informováni.

Děkuji

Mgr. Kateřina Vršková

Ředitelka školy

**Souhlasím s účastí mého dítěte** do ŠvP v Česticích v termínu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Souhlasím s uvedením osobních údajů mého dítěte pro potřeby v ŠvP (jméno, adresa, datum narození) ***Škola v přírodě a školní jídelna Čestice*** zpracovává osobní údaje v souladu s požadavky Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů nebo také GDPR).

Tento dotazník je uchován pouze po nezbytně dlouhou dobu (pobytu v ŠvP), slouží výhradně k poskytnutí zdravotní péče a je zpřístupněn jen těmto osobám - ředitelce ŠvP, zdravotnici v ŠvP a pedag. doprovodu pověřenému k výjezdu na ŠvP. Po uplynutí pobytu v ŠvP Čestice je Dotazník pro rodiče zpět vrácen pedagog. pracovníkovi pověřenému k výjezdu a ten je povinen jej vrátit zákonným zástupcům v den příjezdu, příp. následující pracovní den. Data z Dotazníku pro rodiče se dále nezpracovávají, neukládají a nejsou předávány dalším osobám.

**Jméno a příjmení dítěte \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Adresa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Datum narození\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Telefon pro zprávu rodičům \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Zdravotní dotazník**

Nemoci, ke kterým je dítě náchylné: ­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Alergie na:** léky:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

potraviny:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

pyl: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

jiné: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Odlišnost ve stravovacích návycích:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Zvláštnosti dítěte:**

Neklidný spánek:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Občasné noční pomočování:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Pravidelně chodí v noci na WC: ANO - NE , v\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_hodin

Mívá vysoké teploty při onemocnění? ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nevolnost při cestování: ANO - NE bere Kinedryl, jiný lék\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jiné zdravotní zvláštnosti dítěte, na které nás chcete upozornit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dlouhodobě užívá tyto léky:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Dávkování:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Používá inhalátor: počet vstřiků \_\_\_\_\_\_\_ na jeden vstřik počet nádechů \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Léky, které si veze sebou pro případ potřeby (v sáčku se jménem a popisem dávkování)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Pokud je Vaše dítě náchylné k nějaké nemoci, je potřeba vzít s sebou léky, které budou v případě příznaků nemoci podány.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Provedli jsme kontrolu vlasů dítěte: ANO - NE

Jsem si vědom/vědoma, že pedikulóza je parazitární onemocnění a nemocné dítě nemůže být v dětském kolektivu. Pokud bude u dítěte zjištěna, je rodič povinen dítě ze školy v přírodě odvézt, aby se toto onemocnění v dětském kolektivu nerozšiřovalo dále.

**V případě nutnosti (např. kašle, zvýšené teploty apod.) podáváme dětem léky z naší lékárny. Jedná se o léky, které jsou volně prodejné a samozřejmě vhodné pro děti. V případě, že bylo dítěti během pobytu vyjmuto klíště, zaznamenáváme taktéž informaci do tohoto Dotazníku pro rodiče**

**Dítěti byla během pobytu tato léčiva**

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum, čas** | **Lék** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Sdělení zdravotnice ze ŠVP Čestice**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Prohlášení o bezinfekčnosti**

Jsem si vědom(a) toho, že do školy v přírodě nemůže být vyslán žák, jehož zdravotní stav b

y mohl být tímto pobytem ohrožen a žák, který by mohl zdravotně ohrozit ostatní žáky

1. Prohlašuji, že dítě je zdravotně způsobilé účastnit se NA ZOTAVOVACÍM POBYTU ve Škole v přírodě Čestice.

2. Prohlašuji, že hygienik ani lékař nenařídil mému dítěti karanténní opatření (karanténu nebo zvýšený lékařský dohled) a že mi není známo, že v posledním týdnu přišlo mé dítě do styku s osobou onemocněnou přenosnou chorobou.

3. Dítě nejeví v den před odjezdem a při odjezdu známky akutního onemocnění. /např. průjem, horečka.. /.

**Beru na vědomí, že pravidelné léky, které dítě s sebou má na pobyt v  ŠvP a rodiče je neuvedou v tomto dotazníku, nebudou dítěti podávány!!**

**Dále beru na vědomí, že pokud nebude řádně vyplněn tento dotazník a nebude odevzdán společně s kartičkou pojišťovny, budou zákonní zástupci při jakémkoliv příznaku onemocnění kontaktováni, aby si své dítě převzali do péče.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Potvrzení na ozdravném pobytu pro pojišťovnu**

**Prosím o vystavení potvrzení pro pojišťovnu o účasti na ozdravném pobytu.**

 **□ ANO □ NE**

**V případě, že budete chtít potvrdit účast na ozdravném pobytu Vašeho dítěte, prosím, zjistěte si, jestli Vaše pojišťovna nemá speciální formulář. Pokud ano, pošlete nám jej nebo sdělte kód Vaší pojišťovny, abychom si jej mohli stáhnout. Pokud bude Vaše pojišťovna vyžadovat rodné číslo dítěte jako součást potvrzení, je nutné jej připsat do tohoto Dotazníku pro rodiče ke jménu a příjmení.**

Dne…………………………… ………………………………………….

podpis rodiče nebo zákonného zástupce