



Gymnázium Evolution Sázavská

## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ O NEEEXISTENCI PŘÍZNAKŮ VIROVÉHO INFEKČNÍHO ONEMOCNĚNÍ

Jméno a příjmení studenta:

Datum narození:

Aktuální telefonní kontakt studenta:

Jméno a telefonní kontakt na zákonného zástupce/osobu blízkou zletilého studenta:

1. Prohlašuji, že se u výše uvedeného osoby neprojevují a v posledních dvou týdnech neprojevovaly příznaky virového infekčního onemocnění (např. horečka, kašel, dušnost, náhlá ztráta chuti a čichu apod.). Není mi též známo, že by přišla v posledních 14 kalendářních dnech před odjezdem na školní akci do styku s fyzickou osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy a ani mi není nařízeno karanténní opatření.

2. Prohlašuji, že jsem seznámen s vymezením osob s rizikovými faktory a s doporučením, abych zvážil tyto rizikové faktory při účasti na vzdělávacích akcích.<sup>1</sup>

Dne:

-----  
podpis zákonného zástupce nezletilého studenta  
nebo zletilého studenta

### ZDRAVOTNÍ DEKLARACE STUDENTA/-KY

**Léky užívané pravidelně:**

1) Dítě/zletilý student užívá léky pravidelně: ANO - NE

1a) Uveďte seznam léků užívaných pravidelně, dávkování a popsání obtíží:

1b) Léky užívané pravidelně si s sebou bere student/-ka na akci a má je u sebe k dispozici: ANO - NE

**Léky užívané při specifických potížích**

2) Dítě/zletilý student užívá léky pouze při specifických obtížích: ANO - NE

2a) Uveďte seznam léků užívaných při potížích, dávkování a popsání potíží:

2b) Léky užívané při specifických potížích si student/-ka bere s sebou na akci a má je u sebe k dispozici: ANO - NE

<sup>1</sup> Ministerstvo zdravotnictví stanovilo následující rizikové faktory: 1. Věk nad 65 let s přidruženými chronickými chorobami. 2. Chronické onemocnění plic (zahrnuje i středně závažné a závažné astma bronchiale) s dlouhodobou systémovou farmakologickou léčbou. 3. Onemocnění srdce a/nebo velkých cév s dlouhodobou systémovou farmakologickou léčbou např. hypertenze. 4. Porucha imunitního systému, např. a) při imunosupresivní léčbě (steroidy, HIV apod.), b) při protinádorové léčbě, c) po transplantaci solidních orgánů a/nebo kostní dřevě, 5. Těžká obezita (BMI nad 40 kg/m<sup>2</sup>). 6. Farmakologicky léčený diabetes mellitus. 7. Chronické onemocnění ledvin vyžadující dočasnou nebo trvalou podporu/náhradu funkce ledvin (dialýza). 8. Onemocnění jater (primární nebo sekundární).

Alergie

3) Dítě/zletilý student má diagnostikovanou alergii: ANO - NE

3a) Vypište alergie:

Další

4) Dítě/zletilý student trpí závratí: ANO – NE

5) Uveďte jiná omezení, která by dítě/zletilého studenta mohla omezovat při aktivitách na školní akci:

Dne:

-----  
podpis zákonného zástupce nezletilého studenta  
nebo zletilého studenta

#### **Souhlas zákonného zástupce:**

Souhlasím s udělením individuální volna při rozchodu skupiny v rámci omezeného časového programu.

V případě neodkladného lékařského vyšetření uděluji souhlas, aby po nezbytnou dobu mohla pověřená osoba (učitel, zdravotník, instruktor) doprovázet zraněného a řešit s lakařským personálem naléhavé záležitosti.

Beru na vědomí, že v případě hrubého porušení školního řádu bude student/ka z akce vyloučen a na vlastní náklady dopraven rodiči domů.

V případě způsobení materiální škody se zavazuji tuto škodu uhradit.

Nakládání s uvedenými údaji podléhá pravidlům ochrany osobních údajů ve smyslu zákona č.101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a Nařízení EU 2016/679.

Dne:

-----  
podpis zákonného zástupce nezletilého studenta