

ZDRAVOTNÍ PROHLÁŠENÍ ŽÁKA

(pro potřeby zdravotníka adaptačního kurzu)

Střední škola řemesel a služeb Moravské Budějovice

Adaptační kurz

Termín: 3. – 4.9.2026

Místo konání: Camp Bítov

Údaje o žákovi

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Třída / obor: _____

Prohlášení zákonného zástupce (bezinfekčnost)

Prohlašuji, že výše uvedený žák **nevykazuje známky akutního onemocnění**, nebyl v posledních 14 dnech v kontaktu s osobou s infekčním onemocněním a je **zdravotně způsobilý** k účasti na adaptačním kurzu.

Zdravotní údaje žáka

Zdravotní (dietní) omezení:

☐ NE ☐ ANO – uveďte: _____

Alergie:

☐ NE ☐ ANO – uveďte (včetně reakcí): _____

Pravidelně užívané léky:

☐ NE

☐ ANO – název a dávkování: _____

Uložení léků: ☐ u žáka ☐ u zdravotníka ☐ jinak: _____

Souhlas s podáním léků bez lékařského předpisu

V případě subjektivních potíží žáka (zejména **bolest nebo zvýšená tělesná teplota**) vyjadřuji svůj **souhlas / nesouhlas** s následujícím postupem (zaškrtněte **jednu** možnost):

☐ **Souhlasím s podáním léku bez lékařského předpisu:**

☐ Paralen 500 mg ☐ Ibalgin 400 mg

Podání je možné **výhradně dle příbalového letáku** (dávkování, časový odstup, maximální denní dávka).

☐ **Nesouhlasím s podáním výše uvedených léků** a žádám, abych byl/a v případě potíží **telefonicky informován/a** a byl se mnou dohodnut další postup.

☐ **Žák užívá při těchto potížích jiný lék:**

Název a dávkování: _____

Lék bude mít žák ☐ u sebe ☐ u zdravotníka.

Poučení zákonného zástupce

Stvrzuji svým podpisem, že jsem byl/a poučen/a o **rizicích spojených s užíváním léků bez lékařského předpisu** a **nesu plnou odpovědnost za jejich užití mým synem / mou dcerou**.
Dávkování nesmí překročit množství uvedené v příbalovém letáku.

Další důležité informace pro zdravotníka

Souhlasím s poskytnutím **nezbytného zdravotního ošetření** a v případě nutnosti s předáním žáka do péče zdravotnického zařízení.

V _____ dne _____

Jméno a podpis zákonného zástupce:

Telefonní kontakt (dostupný po dobu kurzu):