

ZDRAVOTNÍ DOTAZNÍK O ÚČASTNÍKOVÍ

Milí rodiče, zákonní zástupci,

žádáme vás o vyplnění tohoto krátkého dotazníku. Informace, které zde uvedete, pomohou vedoucímu lépe s Vaším dítětem pracovat a Vaše dítě se tak bude na táboře/výletě cítit dobře. Nebude (kvůli nevědomosti vedoucího) nuceno dělat věci, kterých se bojí, jíst jídla, která nemá rádo a hrát hry, které mu nejsou příjemné. Všechny informace jsou určeny pouze vedoucím akce a jsou důvěrné. Prosíme o odevzdání společně s přihláškou co nejdříve před začátkem akce.

Děkujeme za spolupráci, DDM Mikulov

Název a termín akce: _____

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

- Dítě: ☐ se bojí vody ☐ je neplavec ☐ je plavec ☐ je dobrý plavec
- Z čeho má vaše dítě strach? (fobie, výšky, tma, voda aj.)

- Stravovací návyky dítěte: (bezlepková dieta, jiná dieta, vegetariánství, alergie na potraviny aj.)

- Alergie: (na bodnutí hmyzem, na léky apod.)

- Léky - rodiče odevzdají léky vedoucímu, popř. zdravotníkovi. (napište, pokud dítě užívá léky pravidelně a na co je užívá – nutné u léků podávaných během doby trvání akce)

- Očkování - dítě se podrobilo pravidelnému očkování stanoveném zákonem:
☐ ano ☐ ne ☐ jen některým _____
- Využívá v průběhu roku asistenta v ZŠ? ☐ ano ☐ ne
- Ostatní: (diagnóza ADHD, autismus, dysgrafie, je levák aj.)

- Co baví Vaše dítě, co dělá rádo, v čem je dobré, co je možné na táboře využít (hraje na hudební nástroj, má organizační nadání, baví ho astronomie apod.)

- Pokud je dítě rozrušené, co ho uklidní? (oblíbená činnost, hračka, osoba)

Upozornění: Údaje o zdravotním stavu patří do zvláštní kategorie zdravotních údajů, je tedy třeba Váš výslovný souhlas. Svůj souhlas můžete kdykoli odvolat, v takovém případě ale bude nezbytné okamžité ukončení pobytu Vašeho dítěte na letním táboře/výletu (protože pak nebudeme moci řádně pečovat o jeho zdravotní stav). Údaje se archivují pouze po dobu trvání tábora/výletu a poté, pokud si je rodiče nevyžádají zpět, jsou skratovány. Podpisem stvrzuji, že údaje jsou pravdivé a že souhlasím s tím, aby pořadatel tábora/výletu zpracovával informace o zdravotním stavu mého dítěte, využíval tyto informace k zajištění péče o něj a v případě zhoršení jeho zdravotního stavu tyto informace poskytl příslušnému poskytovateli zdravotnických služeb.

V _____ dne _____

Jméno, příjmení a podpis zákonného zástupce _____

