

## ZDRAVOTNÍ KARTA

JMÉNO DÍTĚTE: .....

ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA: .....

KONTAKT NA RODIČE: .....

DÍTĚ JE: PLAVEC - NEPLAVEC, MÁ ALERGIÍ: ANO - NE

ALERGIE NA: .....

.....  
.....  
.....

Léky, které dítě užívá + přesné dávkování léků:

Další skutečnosti, které bychom o Vašem dítěti měli vědět:

Prohlašuji, že všechny uvedené informace jsou pravdivé, dále že moje dítě při nástupu na LTM nemá vší ani hnidy. Jsem si vědom/a toho, že v případě nepravdivosti tohoto prohlášení si budu muset ihned odvézt dítě domů. V případě rozšíření parazitů mezi ostatní děti uhradím prostředky na likvidaci, a pokud by bylo nutné z tohoto důvodu ukončit pobyt celé skupiny, uhradím příslušné náklady na ztráty, které z toho plynou.

V .....dne: ..... Podpis rodičů:.....