

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 24 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.

Vdne: Podpis rodičů:.....