

Potvrzení o bezinfekčnosti a zmocnění pro případné ošetření v nemocnici

Potvrzuji, že můj syn/dcera narozen(a) dne neprojevuje žádné příznaky akutního infekčního onemocnění (např. horečka, příjem...) či onemocnění COVID-19 (např. zvýšená teplota, horečka, kašel, dušnost, bolest v krku, bolest svalů, ztráta chuti a čichu) a není mi známo, že by v posledních čtrnácti kalendářních dnech před začátkem tábora přišel/přišla do kontaktu s osobou, která má lékařem nařízenou karanténu nebo je infekčně nemocná. Dále mohu potvrdit, že můj syn/dcera v posledních čtrnácti dnech buď: a) nepobýval(a) v zahraničí, nebo b) navrátil(a) se z cizí země (jaké) (datum:) a prošel/prošla všemi náležitými příjezdovými podmínkami dle platných opatření Ministerstva zahraničí pro danou zemi.

Alergie, zdravotní omezení a užívané léky:

V
dne
(potvrzení nesmí být starší než 24 hodin)

.....
podpis zákonného zástupce

Souhlas s podáním volně prodejných léků a s ošetřením v lékařském zařízení

Souhlasím s tím, aby po dobu konání letního tábora Výřfuku (30. 7. – 12. 8. 2022) byly mému dítěti v případě potřeby podány volně prodejně léky, které jsou součástí lékárníčky, kterou bude mít u sebe zdravotník zotavovacích akcí Soňa Husáková, Jan Marjanko. Také vyjadřuji souhlas s ošetřením dítěte (podáním neodkladné první pomoci) zdravotníkem zotavovacích akcí Soňou Husákovou, Janem Marjankem. Zároveň souhlasím s ošetřením svého dítěte v případě potřeby v lékařském zařízení (při běžném zranění a onemocnění).

Souhlas s odvozem dítěte do zdravotnického zařízení

Souhlasím s tím, aby po dobu konání letního tábora Výřfuku (30. 7. – 12. 8. 2022) zdravotník zotavovacích akcí Soňa Husáková, Jan Marjanko nebo pedagogický pracovník Eva Vochozková v případě potřeby odvezl moje dítě osobním autem nebo MHD do zdravotnického zařízení.

V
dne
podpis zákonného zástupce

Souhlas se zpracováním osobních údajů pro potřeby chodu semináře

Tímto udělují souhlas Univerzitě Karlově, se sídlem Ovocný trh 560/5, 116 36 Praha 1, IČO 00216208 (dále jen UK), která je správcem osobních údajů všech fakult a součástí UK, ke zpracování osobních údajů pro potřeby korespondenčního semináře Výpočty fyzikálních úkolů Matematicko-fyzikální fakulty UK (dále jen Výfuk a MFF UK).

Tento souhlas udělují pro osobní uvedené osobní údaje uvedené v přihlášce, a to po dobu účasti v semináři a 10 let poté, a dále souhlasím s uchováváním potřebných dat pro archivní účely i po této lhůtě (vystavené výsledkové listiny aj.).

MFF UK tyto údaje zpracovává za účelem evidence řešitelů a účastníků Výfuku, k zajištění celoročního fungování semináře, analýze účinnosti jednotlivých propagačních akcí MFF UK a zpravodajským účelům. Osobám, které o to projeví zájem v nastavení svého účtu, bude MFF UK také zasílat propagační materiály.

Údaje nebudou předány třetí osobě ani využívány k jiným účelům, než ke kterým byly poskytnuty.

Tento souhlas udělují ze své vlastní a svobodné vůle a beru na vědomí, že jej mohu kdykoliv odvolat zasláním e-mailu na adresu vyfuk@vyfuk.org. Stejně tak může být požádováno vymazání i z archivních údajů, pokud to bude technicky možné. Beru na vědomí, že údaje z tištěných publikací není možné odstranit.

Dále máte právo:

- požádat o informaci, jaké osobní údaje jsou o vás zpracovávány,
- požadovat opravu osobních údajů, pokud jsou neplatné nebo zastaralé,
- požadovat, aby nebyly vaše osobní údaje zpracovávány do doby, než bude vyřešena oprávněnost výše uvedených požadavků,
- požadovat, aby byly vaše osobní údaje předány jinému správci,
- podat stížnost u dozorového úřadu.

V případě jakéhokoli dotazu nebo uplatnění svých práv můžete kontaktovat pověřence pro ochranu osobních údajů na e-mailové adrese gdpr@cuni.cz.

V
jméno účastníka

dne
podpis zákonného zástupce

Souhlas s fotografováním

Tímto udělují souhlas se zachycením podoby svého syna/dcery na obrazovém nebo zvukové-obrazovém záznamu v průběhu prezentačních akcí pořádaných korespondenčním seminářem Výfuk a následným bezplatným a časově i územně neomezeným použitím takového podobizny či záznamu. Korespondenční seminář je oprávněn takto pořizované podobizny a záznamy dále šířit a reprodukovat pro své propagační účely (vídeo, internetové stránky, sociální sítě, propagační materiály a podobně).

V
jméno řešitele

dne
podpis zákonného zástupce

Posudek o zdravotní způsobilosti k účasti na škole v přírodě a obdobných akcích

Jméno a příjmení žáka:
Datum narození:
Adresa trvalého bydliště:
.....

Část A)

Posuzovaný žák ¹

- a) je zdravotně způsobilý
- b) není zdravotně způsobilý
- c) je zdravotně způsobilý za podmínky (s omezením):

.....
.....
k účasti na škole v přírodě a obdobných akcích.

Posudek je platný 12 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

Část B)

Potvrzení, že žák

- a) se podrobil stanoveným pravidelným očkováním ANO – NE
- b) je proti nákaze imunní (typ/druh)
- c) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh)
- d) je alergický na
- e) dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávkování)

Jméno a příjmení ošetřujícího lékaře:
Datum vydání posudku:

.....
podpis lékaře a razítko
zdravotnického zařízení

Poučení: Proti části A) tohoto posudku lze podle § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, podat návrh na jeho přezkoumání do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání poskytovatelem zdravotních služeb, který posudek vydal. Návrh na přezkoumání lékařského posudku nemá odkladný účinek, jestliže z jeho závěru vyplývá, že posuzovaná osoba je pro účel, pro nějž byla posuzována, zdravotně nezpůsobilá nebo zdravotně způsobilá s podmínkou.

Jméno a příjmení oprávněné osoby:
Vztah k žákovi:
Oprávněná osoba převzala
posudek do vlastních rukou dne:

.....
podpis oprávněné osoby

¹Zakroužkujte