\*nehodící se škrtněte

**Prohlášení o zdravotní způsobilosti dítěte do gymnastiky**

**Jméno a příjmení: ………………….………….………………………………………………………………..**

**Datum narození: …………………………….…………………………………………………………………..**

**Adresa bydliště: …………………………………………………………………………………………….......**

Potvrzuji, že výše jmenované dítě (zaškrtněte jednu z následujících možností)

a) je zdravotně způsobilé k vykonávání sportovní činnosti v gymnastice **bez jakýchkoli omezení**

b) je zdravotně způsobilé k vykonávání sportovní činnosti v gymnastice **za podmínky - s omezením (vypište jakým)**

**-**  je astmatik **ANO – NE** (při odpovědi ANO vyplňte prosím i následující otázky)

 stupeň astmatu **I. II. III. IV.**

má omezenou fyzickou aktivitu **ANO – NE**

 vlastní a umí používat úlevový inhalační sprej **ANO – NE**

užívá trvale léky **ANO – NE**

**-** léčí se pro kardiovaskulární potíže **ANO - NE**

**-** léčí se pro diabetes mellitus **ANO – NE,** jak …………………………………….……………

**-** léčí se pro epilepsii **ANO - NE**

**-** léčí se pro jinou závažnou chorobu **ANO - NE** jakou ………………………………………..

**-** je alergické na ………………………………………………..

**-** dlouhodobě užívá léky **ANO – NE,** jaké (typ/druh, dávka)

 …………………………………………………………………………………………………………………………..

**-** jin~~á~~ zdravotní omezení .…………………………………………………………………………………………

Prohlášení je platné vždy po dobu účasti dítěte v gymnastice a to od 22. 3. 2017 do 7. 6. 2017. **Pokud dojde ke změně zdravotního stavu, je rodič povinen tuto skutečnost neprodleně oznámit organizační vedoucí a vedoucí zájmové činnosti**

**p. Richterové (606 787 167, 596 309 023)**

……………………………………… ………………………………………

Datum Podpis zákonného zástupce

Údaje uvedené na tomto prohlášení jsou u správce dat užívány v souladu se zákonem o ochraně osobních údajů v platném znění.