**SOUHLAS**

S ÚČASTÍ NA AKCÍCH POŘÁDANÝCH ČVS

 **ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ**

# O NEEXISTENCI PŘÍZNAKŮ VIROVÉHO INFEKČNÍHO ONEMOCNĚNÍ

**Jméno a příjmení dítěte**

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

**datum narození:** ...................................................................................................................................

**trvale bytem:** ….....................................................................................................................................

1. Souhlasím, aby se výše uvedené dítě účastnilo volejbalových tréninků a akcí pořádaných ČVS.
2. Prohlašuji, že se u výše uvedeného dítěte neprojevují a v posledních dvou týdnech neprojevily příznaky virového infekčního onemocnění *(např. horečka, kašel, dušnost, náhlá ztráta chuti a čichu apod.)*.
3. Prohlašuji, že jsem byl seznámen s vymezením osob s rizikovými faktory a s doporučením, abych zvážil tyto rizikové faktory při rozhodování o účasti na vzdělávacích aktivitách.
4. V případě projevu příznaků virového onemocnění budu neprodleně informovat trenéra ČVS.

V ....................................... Dne ................................... ………………………………………………………………………………

 Podpis zletilého žáka/studenta/účastníka vzdělávání nebo

Podpis zákonného zástupce nezletilého

 **Osoby s rizikovými faktory**

**Ministerstvo zdravotnictví stanovilo následující rizikové faktory:**

1. Věk nad 65 let s přidruženými chronickými chorobami.
2. Chronické onemocnění plic *(zahrnuje i středně závažné a závažné astma bronchiale)* s dlouhodobou systémovou farmakologickou léčbou.
3. Onemocnění srdce a/nebo velkých cév s dlouhodobou systémovou farmakologickou léčbou např. hypertenze.
4. Porucha imunitního systému, např.
	1. při imunosupresivní léčbě *(steroidy, HIV apod.)*,
	2. při protinádorové léčbě,
	3. po transplantaci solidních orgánů a/nebo kostní dřeně,
5. Těžká obezita *(BMI nad 40 kg/m2)*.
6. Farmakologicky léčený diabetes mellitus.
7. Chronické onemocnění ledvin vyžadující dočasnou nebo trvalou podporu/náhradu funkce ledvin *(dialýza)*.
8. Onemocnění jater *(primární nebo sekundární)*.

**Do rizikové skupiny patří osoba, která naplňuje alespoň jeden bod uvedený výše nebo pokud některý z bodů naplňuje jakákoliv osoba, která s ní žije ve společné domácnosti.**