

Závazná přihláška na Letní dětský tábor Klubu 112, 14. 8. – 28. 8. 2010 - TOM Miličín

Vyplňte prosím čitelně

Více informací k přihlášce a k táboru na www.letni-detske-tabory.cz

Součástí přihlášky bude i **potvrzení lékaře** platné po celou dobu tábora a **potvrzení rodičů** dodané nejpozději v den a místě odjezdu.

Jméno dítěte:

Věk:

kolikáté narozeniny slaví v roce 2010

Datum narození:

Rodné číslo:

Zdravotní pojišťovna včetně kódu:

Je žákem _____ třídy.

Rodiče, nebo zákonní zástupci

jméno matky:

Možno předat dítě do péče? ANO x NE

Adresa:

Telefon:

email:

jméno otce:

Možno předat dítě do péče? ANO x NE

Adresa:

Telefon:

email:

Dítě bude předáno jen rodiči, který dítě přivedl k odjezdu. Možno dohodnout individuálně předem i jiné řešení.

Vybraný oddíl - po dohodě:

Doprava:** Autobus Praha x Vlastní

Záliby dítěte:

Plavec**:
Výborný Dobrý Špatný Neplavec

**nehodící škrtněte a prosíme, objektivně!!!

Stravovací návyky, strach ze tmy, atd.

Prohlašuji, že své dítě nepřihlásím v uvedeném termínu na jiný prázdninový pobyt. Své dítě vybavím spacákem, prostěradlem a polštářkem.

Omluvení účastníka je nutné provést písemnou formou.

V případě neomluvené neúčasti poplatek propadá celý. Pokud dítě z tábora odjede dříve, a to na žádost rodičů, organizátor akce zbytek poplatku nevrací. Při odjezdu z důvodu onemocnění je rodičům vrácena spravedlivá část poplatku.

Pokud bude nutné ošetření dítěte u lékaře (případně hospitalizace v nemocnici) souhlasím s dodatečnou úhradou lékařských poplatků.

V _____ dne

Podpis

Vyplněnou přihlášku zašlete prosím na adresu:

Klub 112, Jan Borůvka, Veronské náměstí. 589, Praha 10, 10900 ... na obálku napište LDT 2010

Lékařský posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na zotavovací akci, prázdninový pobyt – letní dětský tábor, dále jen pobyt

Jméno a příjmení dítěte

Datum narození

Adresa bydliště

Část A) Posuzované dítě k účasti na pobytu – správnou variantu zakroužkujte

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

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 o tom, že dítě

- a) se podrobilo stanoveným očkováním Ano – Ne
 - b) je proti nákaze imunní (typ/druh)
 - c) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh)
 - d) ADHD Ano / Ne
 - e) je alergické na:
 - f) dlouhodobě užívá léky:
-

Datum vydání posudku

Podpis, jmenovka lékaře

razítko zdravotnického zařízení

Poučení: Proti části A) tohoto posudku je možno podat podle ustanovení § 77 odst. 2 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, návrh na jeho přezkoumání do 15 dnů ode dne, kdy se oprávněné osoby dozvěděly o jeho obsahu. Návrh se podává písemně vedoucímu zdravotnického zařízení (popř. lékaři provozujícímu zdravotnické zařízení vlastním jménem), které posudek vydalo. Pokud vedoucí zdravotnického zařízení (popř. lékaři provozujícímu zdravotnické zařízení vlastním jménem) návrhu nevyhoví, předloží jej jako odvolání odvolacímu orgánu.

Jméno a příjmení oprávněné osoby

Vztah k dítěti

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne

Podpis oprávněné osoby