PŘIHLÁŠKA
NA LETNÍ DĚTSKÝ TÁBOR
CVČ HRUBÍNKA

☐ **PHINEAS A FERB (30. 6. – 6. 7. 2024)**

☐ **NA POČÁTKU (28. 7. – 10. 8. 2024)**

☐ **LOVCI KOŽEŠIN (11. - 24. 8. 2024)**

(ZATRHNĚTE VYBRANÝ TÁBOR…)

jméno a příjmení dítěte: ……

adresa: ……

datum narození: …… velikost trička: XS - S – M – L – XL – XXL

mobil dítěte (má-li): …….. e-mail dítěte (má-li): ……

zdravotní pojišťovna: …… úrazové pojištění: ano ne (vyznačte)

jméno a příjmení rodičů: ……

mobilní telefon: …… e- mail: ……

Prohlášení rodičů:
Závazně přihlašuji své dítě na tento tábor a beru na vědomí, že každý účastník podléhá táborovému řádu a je povinen se podrobit pokynům hl. vedoucího a ostatních vedoucích tábora. Hrubé porušení kázně může být potrestáno i vyloučením z tábora bez nároků na vrácení poplatku.
Souhlasím se zveřejněním informací o zdravotním stavu mého dítěte zdravotníkovi a vedoucímu tábora.
Beru na vědomí, že v případě neúčasti dítěte na LT mi bude z ceny tábora odečtena částka na nejnutnější režijní náklady (bližší informace o stornopoplatcích najdete na www.taboryshrubinkou.cz).
Zároveň souhlasím s tím, že mé dítě nemusí být přijato na tábor, pokud v den odjezdu nebude mít zaplacen účastnický poplatek, nebo bude zjištěn některý ze zdravotních nebo hygienických problémů.

podpis rodičů: ……

NEDÍLNOU SOUČÁSTÍ PŘIHLÁŠKY JE POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI VYPLNĚNÝ LÉKAŘEM. POSUDEK MÁ PLATNOST DVA ROKY A O PO TÁBOŘE VÁM BUDE VRÁCEN.

zaměstnavatel uhradí část nákladů na tábor: ano ne (vyznačte)

jméno a adresa zaměstnavatele:

……

……

IČ: ……

razítko a podpis: ……

Na základě přihlášky bude vystavena faktura, která vám bude zaslána e-mailem nebo poštou.
Pokud hradí část nákladů zaměstnavatel, bude faktura vystavena přímo zaměstnavateli.
Všichni účastníci našich táborů jsou úrazově pojištěni prostřednictvím České rady dětí a mládeže.
Informace uvedené na přihlášce slouží pouze pro vnitřní potřebu organizátora a nebudou poskytnuty třetím osobám.

Podepsanou přihlášku včetně posudku o zdravotní způsobilosti zašlete na poštou nebo mailem na adresu:
Občanské sdružení KADET, z.s. – Centrum volného času HRUBÍNKA, Františka Hrubína 753, Třebíč, 674 01
Kontaktní údaje: 777 750 131, e-mail: info@taboryshrubinkou.cz, www.taboryshrubinkou.cz, IČ: 227 70 208

POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE
K ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍ AKCI A ŠKOLE V PŘÍRODĚ

Evidenční číslo posudku:

1. Identifikační údaje

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek:

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele:

IČO:

Jméno, popřípadě jména, a příjmení posuzovaného dítěte:

Datum narození posuzovaného dítěte:

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného bydliště na území České republiky posuzovaného dítěte:

2. Účel vydání posudku

3. Posudkový závěr

A) Posuzované dítě k účasti na škole v přírodě nebo zotavovací akci
a) je zdravotně způsobilé*)
b) není zdravotně způsobilé*)
c) je zdravotně způsobilé s omezením*)**)

B) Posuzované dítě
a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním: ANO - NE
b) je proti nákaze imunní (typ/druh):

c) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh):

d) je alergické na:

e) dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka):

Poznámka:

*) Nehodící se škrtněte.
**) Bylo-li zjištěno, že posuzované dítě je zdravotně způsobilé s omezením, uvede se omezení podmiňující zdravotní způsobilost k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě.

4. Poučení

Proti bodu 3. 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.

5. Oprávněná osoba

Jméno, popřípadě jména, a příjmení oprávněné osoby:
Vztah k posuzovanému dítěti (zákonný zástupce, opatrovník, pěstoun popř. další příbuzný dítěte):
Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne:

.....
Podpis oprávněné osoby

.....
Datum vydání posudku

.....
Jméno, příjmení a podpis lékaře
razítko poskytovatele zdravotních služeb