



Závazná přihláška

na letní stanový tábor oddílu Sirius, Hedčany u Kralovic

Jméno a příjmení: _____ datum narození: _____

Bydliště: _____

Zdravotní pojišťovna (číslo a název), u níž je dítě pojištěn _____

Termín účasti na tábore: 29.6. - 20. 7. 2024 (Gepardi a starší) 6. 7. - 20. 7. 2024 (Kosatky)

Učastnický poplatek: 4 200 Kč (21 dní), 3 800 Kč (14 dní), 2800 Kč - Kokosáci

Platba musí být připsána na účet provozovatele, č. ú.: 156238058/0300, do 31. května 2024.

Případný zůstatek bude použit pro další činnost. Tuto přihlášku je nutno odevzdat do 28. května 2024

Přihlašuji závazně toto dítě na letní tábor oddílu Sirius a беру na vědomí uvedené informace.

_____ datum

_____ podpis rodiče nebo zákonného zástupce

Všechny údaje jsou v souladu se zákonem 101/2000 Sb. sbírány výhradně pro potřebu provozovatele letního tábora.

Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě

Jméno a příjmení: _____ datum narození: _____

Bydliště: _____

Část A): Posuzované dítě k účasti na škole v přírodě nebo zotavovací akci:

je zdravotně způsobilé

není zdravotně způsobilé

je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením) _____

**Posudek je platný 24 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 pravidelným očkováním ANO NE

b) je proti nákaze imunní (typ/druh) _____

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

d) je alergické n _____

e) dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávk _____

datum vydání posudku, jmenovka lékaře,

podpis, razítko zdravotnického zařízení _____

Poučení: Proti části A) tohoto posudku je možno podat podle ustanovení § 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 dítěti: _____

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou: _____

_____ datum, podpis