

ZÁVAZNÁ PŘIHLÁŠKA na letní dětský tábor

ORGANIZÁTOR: Duha Alternativní Zóna (dále jen Duha AZ)
Neumannova 2052/27, 591 01 Žďár nad Sázavou
IČO: 670 24 629, registrace: VSP/1 – 3086/90 R ze dne 28. 2. 1990

MÍSTO: táborová základna Údolí Slunce poblíž Železných Horek

TERMÍN: 5. 7. – 18. 7. 2015

CENA TÁBORA: 2 700 Kč pro členy Duhy AZ; 2 900 Kč pro nečleny Duhy AZ



ZÁKLADNÍ ÚDAJE O DÍTĚTI:

Jméno a příjmení / přezdívk (oslovení): _____ / _____

Rodné číslo: _____ Datum narození: _____

Bydliště: _____

Zdravotní pojišťovna: _____ Třída / škola: _____ / _____

DALŠÍ DŮLEŽITÉ ÚDAJE O DÍTĚTI:

Je dítě v současnosti členem Duhy AZ? ☐ ANO ☐ NE

Bylo již dítě na tábore (jakémkoliv)? ☐ ANO (____krát) ☐ NE

Je dítě plavec (uplave alespoň 25 m)? ☐ ANO ☐ NE

Ve stanu by dítě chtělo spát s: _____

Jídlo, které dítě odmítá jíst: _____

Další důležitá (např. zdravotní) sdělení: _____

fotografie dítěte

(slouží ke zkvalitnění
práce vedoucích,
seznámí se s podobou
dítěte již před
začátkem tábora)

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

Kontakt s rodiči pro komunikaci v období před táborem (vyplňte alespoň jeden řádek):

Jméno matky: _____ Telefon: _____ E-mail: _____

Jméno otce: _____ Telefon: _____ E-mail: _____

Zaměstnavatel (v případě poskytnutí finančního příspěvku): _____

Kontakt na zákonného zástupce dosažitelného v době konání tábora:

Jméno: _____ Telefon: _____

UJEDNÁNÍ:

Souhlasím, aby se naše dítě zúčastnilo letního tábora organizace Duha AZ od 5. 7. do 18. 7. 2015. Zároveň souhlasím s převzetím odpovědnosti za případné škody způsobené dítětem.

Udílím souhlas k tomu, aby vedení tábora shromažďovalo, zpracovávalo a archivovalo uvedené osobní údaje pro potřeby tábora a po dobu nezbytně nutnou (stanovenou zákonem). Osobní údaje budou chráněny proti zneužití a nebudou poskytnuty třetím stranám.

Souhlasím (i dítě souhlasí) s fotografováním a pořizováním audiovizuálního záznamu dítěte v rámci činnosti, s archivací těchto materiálů a s jejich použitím při prezentaci a propagaci činnosti, např. v kronikách, tisku, na internetu atp.

Také potvrzuji úplnost a pravdivost výše uvedených údajů.

Datum: _____ Podpis zákonného zástupce: _____

ZÁZNAMY ORGANIZACE (vyplní vedoucí Duhy AZ):

Přihláška přijata dne: _____ Přihlášku převzal: _____



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



EVIDENČNÍ ČÍSLO POSUDKU: _____

1. IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE:

Jméno a příjmení posuzovaného dítěte: _____

Datum narození posuzovaného dítěte: _____

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného bydliště na území ČR posuzovaného dítěte: _____

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek: _____

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele: _____

IČO: _____

2. ÚČEL VYDÁNÍ POSUDKU: _____

3. POSUDKOVÝ ZÁVĚR:

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

a) je zdravotně způsobilé¹

b) není zdravotně způsobilé¹

c) je zdravotně způsobilé s omezením:^{1, 2} _____

¹ nehodící se škrkněte

² bylo-li zjištěno, že posuzované dítě je zdravotně způsobilé s omezením, uveďte se omezení podmiňující zdravotní způsobilost k účasti na letním táboře, zotavovací akci a škole v přírodě

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 na: _____

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

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 a příjmení oprávněné osoby: _____

Vztah k posuzovanému dítěti: ☐ zákonný zástupce, ☐ opatrovník, ☐ pěstoun, ☐ jiný: _____

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne: _____

_____ podpis oprávněné osoby

_____ datum vydání posudku

_____ jméno, příjmení a podpis lékaře
razítko poskytovatele zdravotních služeb

