

# ZÁVAZNÁ PŘIHLÁŠKA na letní dětský tábor

**ORGANIZÁTOR:** Duha Alternativní Zóna (dále jen Duha AZ)  
Libušínská 171/6, 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:** 3. 7. – 16. 7. 2016

**CENA TÁBORA:** 2 700 Kč pro členy Duhy AZ; 2 900 Kč pro nečleny Duhy AZ;  
1.500 Kč 3. dítě v rodině pro členy 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 táboře (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

(jakákoliv aktuální,  
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 3. 7. do 16. 7. 2016. 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 způsobilé<sup>1</sup>

b) není zdravotně způsobilé<sup>1</sup>

c) je zdravotně způsobilé s omezením:<sup>1, 2</sup> \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> nehodící se škrtněte

<sup>2</sup> 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

