

č.přihlášky : ..../2022

## Přihláška

Přihlašuji závazně svého syna (dceru) na letní dětský tábor - „Ratiboř 2022“

### **„ FANTASTICKÁ ZVÍŘATA “**

**Termín konání: od 2. 7. 2022 do 15. 7. 2022**

**v ceně 5 100,-Kč**

Příjmení: \_\_\_\_\_

Jméno: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_ . \_\_ . \_\_

Rodné číslo: \_\_ \_\_ \_\_ / \_\_\_\_

Škola: \_\_\_\_\_

Třída: \_\_\_\_\_

Adresa bydliště: \_\_\_\_\_

PSČ: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_ (pro zasílání akcí, fotek, aj.)

Zdravotní pojišťovna: \_\_\_\_\_

Vedení tábora chci upozornit na (léky, omezení, nemoci) \_\_\_\_\_

Datum : \_\_ . \_\_ . 2022

Podpis rodičů : \_\_\_\_\_

### Dotazníček

Po kolikáté jsi na táboře.....

S kým by jsi chtěl(a) spát ve stanu.....

Kterého vedoucího by jsi chtěl(a) do oddílu.....

Jakou hru by jsi chtěl(a) na táboře hrát.....

Jakou hru by jsi na tomto táboře raději vynechal(a).....

Jaké je tvé nejoblíbenější jídlo.....

Jaké jídlo nemáš rád(a).....

Zde můžeš napsat další tvé nápady nebo přání, které se týkají letního tábora:

**DOPRAVU NA TÁBOR A ZPĚT SI MOHU ZAJISTIT ?**

**Ano**

**Ne**

(odpověď, prosím, zakroužkujte)

č.příhlášky : ..../2022

## Prohlášení o bezinfekčnosti

Prohlašuji, že okresní hygienik ani ošetřující lékař nenařídil dítěti .....  
bytem v ....., r.č. .... / ....., které je v mé péči, karanténní opatření (karanténu, zvýšený zdravotní dozor nebo lékařský dohled), a že mi není známo, že v posledních dvou týdnech přišlo toto dítě do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí.

Jsem si vědom/a právních následků, které by mě postihly, kdyby mé prohlášení nebylo pravdivé.

A dále prohlašuji, že zdravotní stav mého dítěte je dobrý, a že se mé dítě může zúčastnit letního dětského tábora v termínu od 2.7. - 15.7.2022 „RATIBOŘ 2022“.

Dítě má sjednanou pojistnou smlouvu o úrazovém pojištění.

Dále vedení tábora upozorňuji na to, že mé dítě bere tyto léky:.....

Další upozornění rodičů:.....  
.....

V ..... dne 2. července 2022.

\_\_\_\_\_  
podpis rodičů /zákon. zástupce/

\*\*\*\*\*

**Adresy zákonných zástupců dítěte, či jiných k péči o dítě pověřených osob, dosažitelných v době konání tábora.**

1. Od \_\_ . \_\_ . 22 jméno .....  
adresa, telefon .....

2. Od \_\_ . \_\_ . 22 jméno .....  
adresa, telefon .....

\*\*\*\*\*

**Současně sděluji, že mi je známo, že každý účastník podléhá táborovému řádu a podrobuje se ve všem pokynům vedoucích LDT. Nedodržení táborového řádu může být potrestáno i vyloučením z tábora.**

**Toto prohlášení dítě povinně odevzdá s průkazem pojišťovny zdravotní pojišťovny při nástupu k odjezdu do tábora.**

\_\_\_\_\_  
podpis zákonných zástupců dítěte

č.přihlášky : ..../2022

Potvrzení pro dětský tábor RATIBOŘ 2022 okr. Karlovy Vary

**Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na zotavovací akci - LDT**

**1. Identifikační údaje**

Název poskytovatele zdravotnických 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 ČR posuzovaného dítěte:

.....

**2. Účel vydání posudku**

.....

**3. Posudkový závěr**

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

a) je zdravotně způsobilé\*)

b) není zdravotně způsobilé\*)

c) je zdravotně způsobilé za podmínky (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, uveďte se omezení podmiňující zdravotní stav způsobilosti 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 zdravotnických 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.

Datum vydání posudku:

.....  
Jméno, příjmení a podpis lékaře

razítko poskytovatele zdravotnických služeb