

č.přihlášky :/2024

Přihláška

Přihlašuji závazně svého syna (dceru) na letní dětský tábor - „Ratiboř 2024“
„ ŠÍLENÝ VĚDEC “

Termín konání: od 29. 6. 2024 do 12. 7. 2024

v ceně 7 100,-Kč (včetně DPH)

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 : __ . __ . 2024

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:

.....
.....

č.přihlášky :/2024

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 onemocněli 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 29.6. - 12.7.2024 „RATIBOŘ 2024“.

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 29. června 2024.

_____ **podpis rodičů /zákon. zástupce/**

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

1. Od __ . __ . 24 jméno
adresa, telefon

2. Od __ . __ . 24 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 pojištěnce zdravotní pojišťovny při nástupu k odjezdu do tábora.

_____ **podpis zákonných zástupců dítěte**

č.přihlášky :/2024

Potvrzení pro dětský tábor RATIBOŘ 2024 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