

DÍL A

Odeslat co nejdříve na adresu pořadatele (Rekreační areál Kamínka 188, 768 03 Roštín, email: kaminka@kaminka.cz nebo přinést osobně do Rekreačního areálu Kamínka)

PŘIHLÁŠKA NA TÁBOR PRO DĚTI od 6 do 15 let

TÉMA: „PO STOPÁCH ANTICKÝCH CIVILIZACÍ“

Pořadatel: YES, for YOU a.s.

Organizačně zajištěn zkušenými vedoucími a instruktory

Provozovatel: YES, for YOU a.s., Jožky Silného 2683/14, Kroměříž

Místo konání tábora: Rekreační areál Kamínka Roštín 188, 768 03 Roštín

Termín: **30. 6. – 8. 7. 2020**

Cena: **3 950 Kč**

V ceně jsou zahrnuty kompletní náklady (doprava, ubytování, strava 5x denně včetně pitného režimu, pedagogický a zdravotní dohled)

Kontakt: Alena Vlkolenszká, tel.: 724 959 177, YES, for YOU a.s.

VYPLNÍ KAŽDÝ SÁM:

Jméno účastníka: _____

Datum narození: _____ Zdravotní pojišťovna: _____

Bydliště: _____

Telefon: _____

Škola a třída: _____

Navštěvuje tyto zájmové kroužky a oddíly: _____

Na táboře již byl (a): ANO / NE

Otec - jméno a příjmení: _____

telefon (mobil): _____

Matka - jméno a příjmení: _____

telefon (mobil): _____

Emailová adresa jednoho z rodičů nebo zákonného zástupce dítěte:

Příjezd dítěte na tábor - **OZNAČTE!**

autobusem (společně z KM) nebo autem (s rodiči)

Odjezd dítěte z tábora - **OZNAČTE!**

autobusem (společně z KM) nebo autem (s rodiči)

Dne _____

Podpis zákonných zástupců

DÍL B

Odevzdat při odjezdu !!!

Odevzdat při odjezdu !!!

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ ÚČASTNÍKA

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil synovi (dceři):

nar.: _____

bytem: _____

změnu režimu, syn (dcera) nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teplota) a okresní hygienik ani ošetřující lékař mu nenařídili karanténní opatření. Není mi též známo, že by v posledních dvou týdnech přišel účastník do styku s osobami, které onemocněly nakažlivou nemocí.

Syn (dcera) je schopen (a) zúčastnit se uvedeného tábora ve stanoveném termínu.

Jsem si vědom (a) právních následků, které by mě postihly, pokud by mé prohlášení nebylo pravdivé.

V _____ dne _____ 30. 6. 2020 _____

Podpis zákonných zástupců

Adresy zákonných zástupců dosažitelných v době tábora:

od _____ do _____

Jméno a příjmení: _____

Adresa: _____ tel. _____

od _____ do _____

Jméno a příjmení: _____

Adresa: _____ tel. _____

DÍL C

Vyplněné odevzdejte spolu s přihláškou

Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na zotavovací akci, škole v přírodě, letního tábora a plavání

Evidenční číslo posudku:

1. Identifikační údaje

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek:

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele:

IČO:

Jméno a příjmení posuzovaného dítěte:

Datum narození posuzovaného dítěte:.....

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného bydliště na území České republiky posuzovaného dítěte:

2. Účel vydání posudku:

3. Posudkový závěr:

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

a) je zdravotně způsobilé *)

b) není zdravotně způsobilé *)

c) 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.

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).....

Datum vydání posudku:

Podpis, jmenovka lékaře razítko zdravotního zařízení

4. Poučení:

Proti tomuto lékařskému posudku lze podle §46 odst.1) Zákona o specifických zdravotních službách č.373/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů, podat návrh na jeho přezkoumání do 10 pracovních dnů ode dne 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 omezením.

Jméno a příjmení oprávněné osoby:

Vztah k dítěti - zákonný zástupce, opatrovník, pěstoun popř. další příbuzný dítěte,

.....

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne:

.....

Podpis oprávněné osoby

*) Nehodící se škrtněte.

* *)Bylo - li zjištěno, že posuzované dítě je zdravotně způsobilé s omezením, uveďte se omezení podmiňující zdravotní způsobilost k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě

DÍL D

SDĚLENÍ RODIČŮ:

Vedení tábora a táborovému zdravotníkovi sděluji, že:

syn (dcera) **JE** / **NENÍ** plavec

má tyto zdravotní problémy:

Chce spát na chatce s kamarádem (kamarádkou):

DÍL E

Odevzdat při odjezdu!!!

Rekreační areál Kamínka
Roštín 188
768 03 Roštín

Souhlas zákonného zástupce s ošetřením nezletilé osoby

Letní dětský tábor „Po stopách antických civilizací“, rekreační areál
Kamínka
30. 6. - 8. 7. 2020

Jméno a příjmení nezletilé osoby: _____

datum narození: _____ bydliště: _____ zdrav.poj.: _____

Dnem 14. 3. 2013 byla vyhlášena novela zákona o zdravotních službách. Tato novela je publikována pod číslem 66/2013 Sb. Změny se dotýkají zejména úpravy souhlasu s poskytováním zdravotních služeb nezletilému dítěti (§ 35), poskytování informací nezletilým pacientům (§ 31), oprávnění pěstounů a zařízení pro péči o děti (§ 42). Jedná se o stručnou novelu, která upravuje především změnu poskytování zdravotních služeb nezletilým pacientům a pacientům zbaveným způsobilosti k právním úkonům.

V souladu s ustanovením této novely jako zákonný zástupce výše uvedené nezletilé osoby souhlasím s poskytnutím zdravotnických služeb, které jdou nad rámec § 38, odst. 1, písm. c) a odst. 4., písm. b), tedy poskytnutí nezbytné péče k záchraně života nebo zamezení vážného poškození zdraví, poskytnutí neodkladné péče první pomoci, nezbytně nutná hospitalizace se související nezbytnou zdravotní péčí apod.

Tento souhlas je uložen u zdravotníka akce nebo dohlížející osoby a je platný po dobu akce a v případě nepoužití bude vrácen nebo zlikvidován.

Jako zákonný zástupce výše uvedené nezletilé osoby požaduji bezodkladnou informaci v případě jakéhokoli použití tohoto souhlasu a současně sděluji pro případ jakéhokoli dalšího potřebného kontaktu s poskytovatelem zdravotnických služeb tento kontakt:

Zákonný zástupce:tel.:

Datum udělení souhlasu:

.....
podpis zákonného zástupce