

PŘIHLÁŠKA NA LETNÍ TÁBOR

V termínu : 3.7. - 24.7.2010

VS: _____

Cena- pro členy:3400kč | nečleny: 3600kč | sleva pro sourozence

Informace o dítěti:

Jméno a příjmení: _____

Adresa: _____ Město: _____

Telefon: ____ / ____ Datum narození: ____ . ____ . ____

Třída: _____

Plavec: ANO - NE

Kontakty na zákonného zástupce v době tábora:

Jméno a příjmení: _____

Adresa: _____ Město: _____

Mobil: ____ / ____ Email: _____

Další poznámky

Tímto jsem závazně přihlásil(-a) výše jmenovaného na tábor, a beru na vědomí že:

- v případě pozdního odřeknutí účasti uhradím vzniklé náklady
- v případě předčasného odjezdu z tábora (nemoc, rodinné důvody aj.) mi bude navrácena jen částka za jídlo (75,-Kč/den)
- každý účastník tábora podléhá táborovému řádu, a jeho porušení může vést k vyloučení dítěte z tábora bez nároků na finanční dorovnání.

Datum: _____

Podpis: _____

POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI

K účasti na zotavovací akci – letním, stanovém, přechodném táboře (LT)

Jméno a příjmení: _____

Adresa: _____ Město: _____

Rodné číslo: ____ - ____ - ____ / ____ - ____

A) - Posuzované dítě k účasti na LT:

je zdravotně způsobilé není zdravotně způsobilé je způsobilé s omezením

Omezení: _____

Posudek je platný 12 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

B) - Potvrzení o tom, že se dítě podrobilo:

Pravidelným očkováním: ANO - NE

Imunita: (druh/typ) _____

Trvalá kontraindikace proti: (druh/typ) _____

Alergie: _____

Užívá léky: (typ/druh, dávka) _____

Datum posledního očkování tetanus: ____ . ____ . ____

Připomínky zdravotníkovi LT

Poučení: Proti části A) tohoto posudku je možno podat podle ustanovení § 77 odst. 2 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, návrh na jeho přezkoumání do 15 dnů ode dne, kdy se oprávněné osoby dozvěděly o jeho obsahu. Návrh se podává písemně vedoucímu zdravotnického zařízení (popř. lékaři provozujícímu zdravotnické zařízení vlastním jménem), které posudek vydalo. Pokud vedoucí zdravotnického zařízení (popř. lékař provozující zdravotnické zařízení vlastním jménem) návrhu nevyhoví, předloží jej jako odvolání odvolacímu orgánu.

Podpis a razítko lékaře:

Jméno a příjmení osoby, která posudek převzala: _____

Datum vystavení: _____ Podpis: _____