



středisko volného času dětí a mládeže

Tyršovo nám. 48, 270 64 Mšec, č.ú.: 1676544133/5500; tel.: 777 666 255,
e-mail: paja.glass@gmail.com, www.duhamajak.cz, dat.schr.: z62a9bz

ZÁVAZNÁ PŘIHLÁŠKA na LETNÍ TÁBOR (instruktor*)/instruktorka*)

Jméno a příjmení dítěte: _____

Adresa(včetně PSČ): _____

Telefon (na rodiče): _____ **Telefon (na dítě):** _____

E-mail (rodičů/ dítěte): _____ / _____

Datum a místo narození: _____ **Velikost trička:** ____

Zdravot. pojišť.: _____ **Číslo OP:** _____

Škola a třída (kterou právě navštěvuje): _____

Kontaktní osoba/osoby během tábora (jméno, tel.kontakt), nejsou-li to rodiče :

Souhlasíme s tím, aby se náš syn*) / naše dcera*) zúčastnil /a letního tábora:

Název tábora: _____

Místo konání tábora: **LT Dancester u obce Velká Chmelištná**

Termín tábora: _____ 202__

Svým podpisem stvrzuji, že jsem se (i naše dítě) seznámil s **TÁBOROVÝMI PRAVIDLY Duhy Maják.**
Souhlasím s použitím osobních údajů dítěte pro potřeby archivace a evidence Duhy Maják a kontroly ze strany příslušných orgánů (MŠMT, PČR, KHS, Duha...) - po dobu 5 let.

Souhlasím s pořízením foto a video dokumentace a její uveřejnění na webové fotogalerii

www.duhamajak.rajce.idnes.cz, FB Duhy Maják a na www.duhamajak.cz

Dne _____ V(e) _____

Podpis rodičů: _____

*) Nehodící se škrtněte

POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍ AKCI
jako INSTRUKTOR*) / INSTRUKTORKA*)

1. Identifikační údaje

Evidenční číslo posudku:

Název poskytovatele zdravotnických služeb vydávajícího posudek:

IČO a Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele:

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:

instruktor*) / instruktorka*) na letním táboře

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*)**)

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)

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.

5. Oprávněná osoba

Jméno, popřípadě jména a příjmení oprávněné osoby:

Vztah k posuzovanému dítěti:

(zákonný zástupce, opatrovník, pěstoun, popř. další příbuzný dítěte)

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne:

Podpis oprávněné osoby:

Posudek je platný po dobu **24 měsíců** od data jeho vydání - tedy **do:** _____,
pokud v souvislosti s nemocí či úrazem v průběhu této doby nedošlo ke změně zdrav. způsobil..

datum vydání posudku:

příjmení a podpis lékaře

razítko poskytovatele zdravotních služeb

*) 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, škole v přírodě

*) 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, škole v přírodě