



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 LT - dospělý

Jméno a příjmení: _____

Adresa(včetně PSČ): _____

Telefon: _____ **E-mail:** _____

Rodné číslo a místo narození: _____

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

Zaměstnání (škola): _____

Dosažené vzdělání: _____ **Velikost trička:** _____

Absolvované kurzy a praxe práce s dětmi: _____

Název tábora: _____

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

Termín tábora: _____ 202_____

Svým podpisem stvrzuji, že jsem se seznámil(a) s **TÁBOROVÝMI PRAVIDLY Duhy Maják.**

Souhlasím s použitím mých osobních údajů pro potřeby archivace a evidence Duhy Maják a kontroly ze strany příslušných orgánů (MŠMT, PČR, KHS, Duha) - po dobu 5let.

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

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

Dne _____ **V(e)** _____

Podpis: _____

(části přihlášky od sebe neoddělujte a kompletní vyplněnou přihlášku odevzdejte)

**POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI K ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍ AKCI
JAKO VEDOUcí DĚTÍ A MLÁDEŽE**

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 posuzované osoby:

Datum narození posuzované osoby:

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného bydliště na území ČR posuzované osoby:

2. Účel vydání posudku:

3. Posudkový závěr

A) Posuzovaná osoba k účasti na škole v přírodě nebo zotavovací akci jako vedoucí dětí a mládeže:

- a) je zdravotně způsobilá*)
- b) není zdravotně způsobilá*)
- c) je zdravotně způsobilá za podmínky (s omezením)*)**)

B) Posuzovaná osoba:

- a) se podrobila stanoveným pravidelným očkováním ANO - NE
- b) je proti nákaze imunní (typ/druh)
- c) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh)
- d) je alergická 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.

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 zdravotní způsobilosti.

datum vydání posudku:

.....
příjmení a podpis lékaře

razítko poskytovatele zdravot. služeb

*) Nehodící se škrtněte

**) Bylo-li zjištěno, že posuzovaná osoba je zdravotně způsobilá s omezením, uveďte se omezení podmiňující zdravotní stav způsobilosti k účasti na zotavovací akci, škole v přírodě jako vedoucí dětí a mládeže.