

ZÁVAZNÁ PŘIHLÁŠKA | FOŠ SPORTOVNÍ SOUSTŘEDĚNÍ CHŘIBSKÁ 29. 7. - 5. 8. 2017

DOKLADY NEZBYTNÉ PRO PŘIJETÍ NA AKCI ODEVZDEJTE DO 15. 7. 2017

Naskenované emailem na adresu jan.svarc@sinstitut.cz, osobně nebo poštou na adresu Schrödingerův institut, Palackého 205, 408 01 Rumburk

Vážení rodiče,

prosím, pečlivě si přečtěte následující informace.

Podmínkou pro účast dítěte na soustředění je úhrada poukazu ve výši 1 900 Kč (člen Si), 2 500 Kč (nečlen Si), nejpozději do 15. 7. 2017, a to buď v hotovosti na sekretariátu SI v úředních hodinách, nebo bezhotovostním převodem na účet č. 107-1695800227/0100.

Variabilní symbol: *1052017*

Specifický symbol: *Rodné číslo účastníka (jež bylo uvedeno na přihlášce)*

Do zprávy pro příjemce: *SPORTOVNÍ SOUSTŘEDĚNÍ CHŘIBSKÁ*

Popis příkazce: *Jméno účastníka*

V případě, že existuje oprávněný důvod pro jiný termín platby, kontaktujte nás na výše uvedené emailové adrese, bez odsouhlasení jiného termínu platby nebude Vaše dítě na soustředění přijato!

Dopis pro rodiče s nástupním místem, časy odjezdu a seznamem věcí, obdržíte dodatečně.

Za organizační tým děkuji za Vaše pochopení.

Jan Švarc

Hlavní vedoucí

DOKLADY NEZBYTNÉ K PŘIJETÍ DÍTĚTE NA POBYT:

- 1) Vyplněná a podepsaná přihláška/čestné prohlášení zákonným zástupcem dítěte
- 2) Prohlášení o bezinfekčnosti
 - Prohlášení **nesmí být starší než 3 dny před zahájením tábora**. Prosím o odevzdání vedoucímu na nástupišti společně s léky a přesným dávkováním
- 3) Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte na zotavovací akci
 - Doklad o zdravotní způsobilosti potvrzený praktickým lékařem má platnost 1 rok. Lze použít platný, potvrzený doklad z jiné akce.
- 4) Kopie kartičky zdravotní pojišťovny

ZÁVAZNÁ PŘIHLÁŠKA (pro potřeby pobytového tábora SI)

Jméno a příjmení dítěte:.....

Adresa:.....

Datum narození:.....

Rodné číslo:.....

Zdravotní pojišťovna:.....Kód:.....

Kontakt na zákonného zástupce dítěte tel:.....e-mail:.....

Upozorňuji na tyto zdravotní problémy, specifické potřeby mého dítěte, na které je potřeba brát zvláštní zřetel (alergie, astma, omezení, diabetes, atd.). Léky musí být zřetelné označeny jménem dítěte.

.....

.....

Chronické choroby:.....

Alergie:.....

Specifické potřeby:.....

Aktuálně užívané léky včetně rozpisu dávkování:

.....

Trpí dítě nevolností v doprav. prostředcích? ANO - NE

Dítě **JE - NENÍ** plavec (je - uplave alespoň 50 m)

v..... dne.....
podpis zákonného zástupce

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

1. Souhlasím s účastí mého dítěte na pobytovém táboře pořádaného SI.
2. Souhlasím s uvedením osobních údajů mého dítěte pro potřeby pobytového tábora (jméno, rodné číslo, datum narození) ve smyslu zákona č. 101/2000Sb. o ochraně osobních údajů.
3. Jsem si vědom/a toho, že na pobytový tábor s SI nemůže být vysláno dítě, jehož zdravotní stav by mohl být tímto pobytem ohrožen a dítě, které by mohlo zdravotně ohrozit ostatní děti.
4. Beru na vědomí, že léky, které nebudou uvedeny v tomto dotazníku, nebudou dítěti podávány.
5. Prohlašuji, že beru na vědomí odpovědnost za škody, které způsobí mé dítě v době trvání pobytového tábora na vybavení SI, popřípadě na vybavení dopravních prostředků. V případě finančních nákladů na opravu takto poškozeného zařízení se zavazuji tuto škodu uhradit.
6. Prohlašuji, že v případě závažného onemocnění nebo úrazu zajistím odvoz svého dítěte domů. Jinak bude umístěno do nemocnice v místě tábora.
7. Podpisem souhlasím s pořizováním fotografií a videomateriálu svého dítěte pro potřebu SI a jejich zveřejněním na webových/facebookových stránkách organizace.
8. Nezatajuji nic, co by mohlo být překážkou plné účasti dítěte na pobytovém táboře a jsem si vědom/a právních následků, které by mě postihly, kdyby toto mé prohlášení nebylo pravdivé.
9. Souhlasím se storno poplatky v případě odhlášení mé dcery/syna z pobytového tábora pořádané Schrödingerovým Institutem.
10. Jsem si vědom(a) právních následků, které by mě postihly, pokud by toto prohlášení nebylo pravdivé.

dne

.....

podpis zákonného zástupce

STORNO PODMÍNKY

- 1) V případě náhradníka bude vrácená celá částka.
- 2) odhláška do 30 dnů před zahájením pobytu – uhrazená hodnota poukazu bude vrácena ve výši 100%
- 3) odhláška do 10 dnů před zahájením pobytu – uhrazená hodnota poukazu bude vrácena ve výši 50%
- 4) odhláška v *den odjezdu* pouze z důvodu nemoci těsně před nástupem na tábor doložená lékařským potvrzením - uhrazená hodnota poukazu bude vrácena ve výši 80% (v tomto případě může být také sjednán pozdější nástup do tábora).
- 5) V ostatních případech propadá uhrazená hodnota poukazu ve prospěch Schrödingerova institutu a tyto finanční prostředky budou použity pro konání tábora, nebo další činnosti institutu.

PROHLÁŠENÍ O BEZINFEKČNOSTI

Já..... **datum narození:**
(jméno a příjmení zákonného zástupce dítěte)

jako zákonný zástupce **datum narození:**.....
(jméno a příjmení dítěte)

prohlašuji, že :

- ošetřující lékař nenařídil dítěti změnu režimu,
- dítě nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teplota, zvracení apod.),
- okresní hygienik ani ošetřující lékař nenařídil dítěti karanténní opatření,
- není mi známo, že v posledních dvou týdnech přišlo dítě do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí
- dítě není přenašečem žádného infekčního onemocnění
- dítě je schopno zúčastnit se v termínu od.....do.....pobytu.
- si jsem vědom(a) právních následků, které by mě postihly, kdyby toto mé prohlášení nebylo pravdivé. V případě nepravdivého vyplnění je vyloučena jakákoliv finanční či jiná náhrada za škodu způsobenou přímo či nepřímo v důsledku případného vyloučení dítěte z pobytu.

Zákonný zástupce dítěte dále prohlašuje, že bude toto prohlášení odevzdáno společně s průkazem zdravotní pojišťovny dítěte do rukou hlavního vedoucího pobytu nebo jím pověřených osob v den začátku konání pobytu a že skutečnosti uvedené v tomto prohlášení nejsou starší než **tři dny** před začátkem konání pobytu.

v..... dne.....
podpis zákonného zástupce

Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na zotavovací akci

Jméno, popřípadě jména a příjmení posuzovaného dítěte.....
datum narození.....
adresa místa trvalého pobytu nebo jiného pobytu.....
.....

Část A) Posuzované dítě k účasti na zotavovací akci

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

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

Část B) Potvrzení o tom, že 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, razítko, jméno lékaře

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.

Jméno, popřípadě jména a příjmení oprávněné osoby.....
Vztah k dítěti

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne

Podpis oprávněné osoby.....

Posudek byl oprávněné osobě do vlastních rukou doručen dne.....
(stvzuje se příloženou "doručenkou")
*) Nehodící se škrtněte.