

**Přihláška:** Letní tábor MASH  
**Termín akce:** 28. 7. - 4. 8. 2019  
**Cena akce:** člen SI 1800,- Kč/ nečlen SI 2400,- Kč

Jméno a příjmení dítěte: .....

Datum narození: .....

Adresa bydliště: .....

Jméno zákonného zástupce: .....

Kontakt na zákonného zástupce v průběhu konání akce

tel: ..... email: .....

Sdělení zák. zástupce vedoucímu pobytu o individuálních zvláštnostech či zdravotních potížích dítěte (v případě podávání léků vedoucímu pobytu - souhlas od lékaře):

Závažná onemocnění: .....

Plavec: **ANO** (uplave aspoň 50 m) **NE**

Nevolnost v dopravních prostředcích: **ANO** **NE**

Velikost táborového trika.....

Tábor lze zaplatit bezhotovostně přes bankovní účet:

číslo účtu: **107- 1695800227/0100**, variabilní symbol: **852019**, specifický symbol: **datum narození**  
a do poznámky uveďte **LDT MASH a jméno účastníka**

Hotově můžete platit v kanceláři SI na adrese Palackého 205, Rumburk., tel: 603 245 775.

**Odevzdat přihlášku je nutné nejpozději do 30. 4. 2019 Pobyt je nutné doplatit nejpozději do 30. 5. 2019! (V den splatnosti musí být platba připsaná na účet SI).**

Stornopoplatky:

a) V případě náhradníka bude vrácena celá částka (musí si zajistit účastník sám).

b) odhláška do 30 dnů před zahájením pobytu – uhrazená hodnota pobytu bude vrácena ve výši 100%

c) odhláška do 15 dnů před zahájením pobytu – uhrazená hodnota pobytu bude vrácena ve výši 50%

V ostatních případech propadá uhrazená hodnota poukazu ve prospěch Schrödingerova institutu a tyto finanční prostředky budou použity pro konání pobytu, nebo další činnosti institutu.

S podpisem přihlášky současně beru na vědomí a souhlasím s následujícími body:

1. Souhlasím s účastí mého dítěte na pobytové akci pořádané SI.
2. Souhlasím s uvedením osobních údajů mého dítěte pro potřeby pobytové akce (jméno, rodné číslo, datum narození) ve smyslu zákona č. 101/2000Sb. o ochraně osobních údajů.
3. Jsem si vědom/a toho, že na pobytovou akci 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 pobytové akce na vybavení SI, popřípadě na majetku třetích osob. 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 pobytu.
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 pobytové akci.
9. Souhlasím se storno poplatky v případě odhlášení mé dcery/syna z pobytové akce pořádané Schrödingerovým Institutem.
10. Jsem si vědom(a) právních následků, které by mě postihly, pokud by toto prohlášení nebylo pravdivé.

V..... Datum, podpis zákonného zástupce.....

## Prohlášení o bezinfekčnosti dítěte

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