**DĚTSKÝ POBYTOVÝ TÁBOR**

**ČESKÝ RÁJ**

*Český ráj je na dohled*

**9. 8. – 14. 8. 2020**

Schrődingerův institut připravuje pro děti od 6 do 14 let letní pobytový tábor v krásné přírodě CHKO Český ráj, blízko města Jičín, v sousedství Prachovských skal a Jinolických rybníků.

Ubytování bude v penzionu Brada. Stravování je zajištěno v penzionu 5x denně, samozřejmostí budou k dispozici celý den nápoje.

Děti se mohou těšit na hry, výlety do přírody i města Jičína, tvoření a spoustu dalšího.

Doprava je autobusem, přesné místo a čas odjezdu bude upřesněn.

**TERMÍN: 9. 8. 2020 – 14. 8. 2020**

**CENA: 3 300,- Kč**

*(cena zahrnuje dopravu, ubytování, stravu 5x denně a vstupy)*

O užívaných lécích, alergii, specifických potřebách dítěte a podobně, nás prosím informujte v přihlášce! V případě neúčasti je nutné dítě neprodleně omluvit! Cena 3 300 Kč. Peníze budou použity na dopravu, ubytování, stravu, dopravu na výlety a vstupy a táborový materiál. Celá částka musí být uhrazena před zahájením táboru nejpozději do 15. 6. 2020. Pokud využijete nabídku Institutu, rezervujte si místo na [www.sinstitu.cz](http://www.sinstitu.cz) a odešlete níže předepsanou, doplněnou a podepsanou přihlášku nejpozději do 31. 5. 2020 na e-mailovou adresu: [dana.sadovska@sinstitut.cz](mailto:dana.sadovska@sinstitut.cz), nebo ji osobně donést do kanceláře SI: Rumburk, Palackého 205 (první patro), tel. kanceláře SI: 603 245 775.

Posledním krokem bude úhrada buď hotově v kanceláři SI, nebo bankovním příkazem

(č.ú.: 107-1695800227/0100), variabilní symbol: **252020**, specifický symbol datum narození dítěte, do poznámek prosím uveďte LPT Český ráj a jméno dítěte.

Případné dotazy rádi zodpovíme na telefonním čísle 605 122 669, nebo e-mailu [dana.sadovska@sinstitut.cz](mailto:dana.sadovska@sinstitut.cz).

Přihlášky odeslat/donést nejpozději **do 31. 5. 2020.**

Platbu provést nejpozději **do 15.6.2020.**

**DOKLADY NEZBYTNÉ K PŘIJETÍ DÍTĚTE NA TÁBOR:**

1. Vyplněná a podepsaná přihláška/čestné prohlášení zákonným zástupcem dítěte.
2. Prohlášení o bezinfekčnosti.

* Prohlášení musí být s datem odjezdu na tábor. Prosím o odevzdání vedoucímu u autobusu při odjezdu na tábor společně s léky a přesným dávkováním.

1. Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte na zotavovací akci.

* Doklad o zdravotní způsobilosti potvrzený praktickým lékařem má platnost 2 roky. Lze použít platný, potvrzený doklad z jiné akce.

1. Kopie kartičky zdravotní pojišťovny.

#### Prohlášení o bezinfekčnosti dítěte na akci LPT Janov nad Nisou

**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 9.8. do 14.8.2020 pobytu

v Českém ráji

* 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.

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 24 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, jmenovka lékaře

…………………………………………..

razítko zdrav. zařízení

**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.

#### Seznam užívaných léků a rozpis dávkování

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

Jméno dítěte …………………………………………………………………………………………………………………..

Chronické choroby: ……………………………………………………………………………………………………….

Alergie:………………………………………………………………………………………………………………………….

Specifické potřeby: ………………………………………………………………………………………………………

Aktuálně užívané léky včetně rozpisu dávkování:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Léky musí být zřetelně označeny jménem dítěte.**

V................................. dne............................ ……………........................................

podpis zákonného zástupce

**SOUHLAS**

**S POŘIZOVÁNÍM FOTO A VIDEOMATERIÁLŮ**

Jsem si vědom/a, že Schrödingerův institut ze všech svých akcí, ať již pravidelných či nepravidelných, pořizuje foto i video materiály účastníků těchto aktivit, tedy i mé osoby, či osoby mého dítěte. Jsem si vědom/a, že tato videa a fotografie slouží k prezentaci práce Schrödingerova institutu, k jeho propagaci a k větší informovanosti účastníků aktivit, či jejich zákonných zástupců o dění ve Schrödingerově institutu.

**DÁVÁM VĚDOMĚ A DOBROVOLNĚ SOUHLAS**

s pořizování fotografií a videomateriálů mé osoby/osoby mého dítěte, s fotografiemi obličeje i celé postavy, a s jejich zveřejněním, a to na webových stránkách Schrödingerova institutu a na sociálních sítích, jako je facebook, Tweeter, Instagram, dále na propagačních a marketingových materiálech, jako jsou plakáty, letáky, brožury, knihy, ročenky, nástěnky, tabla, výroční zprávy, newslettery, a dále ve zpravodajských materiálech Schrödingerova institutu, jako jsou noviny, časopisy, TV a internetové zpravodajství, nebo ve zpravodajství třetích osob, jako je tisk a TV.

……………………....... ……………………..

Jméno a příjmení Podpis