

ZÁVAZNÁ PŘIHLÁŠKA na LETNÍ ASTRO-KOSMO SOUSTŘEDĚNÍ

**2012: VESMÍRNÁ ODYSSEA, V TERMÍNU 11.8.-24.8.2012**

Jméno a příjmení účastníka.....

Bydliště (včetně PSČ).....

Rodné číslo..... Zdravotní pojišťovna.....

Škola/třída.....

Telefon účastníka..... Email.....

Rodiče (zákonní zástupci) účastníka:

Matka – jméno a příjmení.....

Bydliště.....

Telefon..... Email.....

Otec – jméno a příjmení .....

Bydliště.....

Telefon..... Email.....

Pokud v době tábora nebudou rodiče k zastížení na uvedených telefonních číslech, komu je ještě možné zavolat? Uveďte jméno, vztah k dítěti a telefon:

Důležité další informace o dítěti (povaha, potřeby...) .....

Plavec \*\*    výborný    dobrý    špatný    neplavec    \*\* objektivně zakroužkujte

Stravovací, zdravotní či jiná omezení.....

V ..... dne..... Podpis rodičů.....

- PŘIHLÁŠKU odešlete na adresu Věra Bartáková, Křížíkova 23/48B, 186 00 Praha
- PROHLÁŠENÍ RODIČŮ a POTVRZENÍ LÉKAŘE společně s kopíí KARTIČKY ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY odevzdejte při příjezdu

**Písemné prohlášení rodičů/zákonných zástupců – odevzdat při nástupu:**

Příjmení, jméno dítěte .....

Datum narození .....

Bydliště .....

Prohlašuji, že dítě je úplně zdravé, v rodině ani v místě, z něhož nastupuje na prázdninový pobyt, není žádná infekční choroba a okresní hygienik ani ošetřující lékař nenařídil karanténní opatření, zvýšený zdravotnický nebo lékařský dohled.

Jsem si vědom/a právních a finančních důsledků, které by pro mne vyplynuly, kdyby z nepravdivých údajů tohoto prohlášení vzniklo zdravotní ohrožení dětského kolektivu.

Adresa pobytu rodičů v době prázdninového pobytu.....

.....

Telefony, na kterých budou v době soustředění k dosažení.....

Upozorňuji u svého dítěte na.....

Zdravotní problémy.....

Alergie.....

Jiné zvláštnosti.....

Léky - krabičky musí být popsány jménem, způsobem užívání a dávkováním, zde navíc uveďte na co dítě léky užívá:

.....

.....

.....

V případě onemocnění dítěte, po domluvě se zdravotníkem, zajistím v nejkratší možné době jeho odvod z prázdninového pobytu domů.

V..... dne..... Podpis.....

**Prohlášení nesmí být ke dni nástupu na prázdninový pobyt starší než jeden den!**

**Lékařský posudek o zdravotní způsobilosti dítěte** k účasti na zotavovací akci -  
prázdninové astro-kosmo soustředění dětí a mládeže:

Jméno a příjmení dítěte .....

Datum narození .....

Bydliště .....

Část A) Posuzované dítě k účasti na pobytu – správnou variantu zakroužkujte

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

Část B) Potvrzení o tom, že dítě

- a) se podrobilo stanoveným očkováním Ano – Ne
- b) je proti nákaze imunní (typ/druh)
- c) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh)
- d) ADHD Ano / Ne
- e) je alergické na:
- f) dlouhodobě užívá léky:

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

Datum vydání posudku:

Podpis, jmenovka lékaře,  
razítko zdravotnického 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. lékaři provozujícímu zdravotnické  
zařízení vlastním jménem) návrhu nevyhoví, předloží jej jako odvolání odvolacímu orgánu.

- PŘIHLÁŠKU odešlete na adresu Věra Bartáková, Křížíkova 23/48B, 186 00 Praha
- PROHLÁŠENÍ RODIČŮ a POTVRZENÍ LÉKAŘE společně s kopií KARTIČKY ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY odevzdejte při příjezdu