

## Přihláška na příměstský tábor

# Dobrodružství napříč pohádkou

Místo konání: ZŠ Dr. Edvarda Beneše, ulice Dyjská 715

Termín: 14. července – 18. července 2025

Cena: 3450,- Kč

Hlavní vedoucí: Eliška Schulzová tel: + 420 776 336 948

jméno a příjmení: .....

datum narození dítěte: .....

zdrav. poj.: .....

bydliště: .....

telefonní kontakt:

matka ..... otec.....

email: .....

Po ukončení programu bude dítě chodit

samostatně v doprovodu s \_\_\_\_\_

Souhlasím s umístěním fotografií a videí našeho dítěte z průběhu tábora na webových stránkách [www.agentkabaja.cz](http://www.agentkabaja.cz) a při další propagaci tábora pro příští roky.

ANO NE

Beru na vědomí, že...

- tato přihláška se odevzdává a je platná při zaplacení celkové částky 3450 Kč do **23. května 2025**, bankovním převodem na číslo účtu Air Bank: **1518641026/3030**
- organizátoři tábora neručí za cenné věci dítěte – šperky, peníze, telefon, atd., pokud je nemají rodiči svěřeny do úschovy u lektorů.
- v den začátku akce je potřeba odevzdat kopie kartičky zdravotní pojišťovny a prohlášení o bezinfekčnosti

Souhlasím, aby se můj syn – dcera zúčastnil (a) výše uvedeného příměstského tábora.

V \_\_\_\_\_

Dne \_\_\_\_\_

Podpis rodiče: \_\_\_\_\_

**Prohlášení o bezinfekčnosti** (odevzdat v den nástupu na tábor)

Prohlašuji, že syn/dcera ..... narozen/a..... je zdrav/a.

Prohlašuji, že mi není známo, že by dítě mělo aktivní onemocnění COVID-19 či jiné přenosné onemocnění.

Současně mi není známo, že by dítě v posledních 14 dnech přišlo do styku s infekčním prostředím nebo osobami, které onemocněly infekční chorobou. Dítě nejeví známky onemocnění (zvracení, průjem, zvýšená teplota, ...). Ošetřující lékař ani hygienik nenařídil dítěti zvýšený zdravotní dohled, lékařský dozor při onemocnění nebo karanténní opatření.

Dítě je schopno zúčastnit se příměstského tábora od .....do.....

Jsem si vědom/a právních následků, které by mě postihly, kdyby toto mé prohlášení bylo nepravdivé.

Je mi známo, že zamlčením výše uvedených skutečností mohu vážně ohrozit zdraví či dokonce i život ostatních účastníků tábora.

V..... dne.....

Podpis rodičů nebo zák. zástupců:.....

## Doplňující údaje účastníka

pro potřeby případného postupu podle zákona ze dne 6. listopadu 2011 č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále jen „zákon o zdravotních službách“) a navazujících předpisů

S ohledem na zákonnou úpravu obsaženou v zákoně o zdravotních službách doplňuji údaje ohledně nezletilého účastníka, jehož jsem zákonným zástupcem, pro dobu konání příměstského tábora v termínu od 14. 7. 2025 do 18. 7. 2025 takto:

### Údaje nezletilého účastníka:

Jméno a příjmení: ..... datum narození: ..... (dále jen nezletilý)

**V době konání akce budou rodiče (jiní zákonní zástupci dítěte) nezletilého k zastižení takto:<sup>1)</sup>**

| Jméno a příjmení, vztah k dítěti | Adresa, doba k zastižení | Telefonní čísla | Nedosažitelnost* |
|----------------------------------|--------------------------|-----------------|------------------|
|                                  |                          |                 |                  |
|                                  |                          |                 |                  |
|                                  |                          |                 |                  |
|                                  |                          |                 |                  |
|                                  |                          |                 |                  |
|                                  |                          |                 |                  |

\* Rozumí se naprostá nedosažitelnost – například rekreační/služební pobyt mimo ČR, mimo signál mobilního telefonu apod. (uvedte od kdy do kdy)

### **Souhlas rodičů s poskytováním informací o zdravotním stavu dítěte vedoucímu akce a určení osoby přítomné při poskytování zdravotních služeb nezletilému**

Pro dobu konání akce je paní **Eliška Schulzová** nar. 6.4.2004

a) osobou, které dle mého rozhodnutí a souhlasu mají být poskytovány informace o zdravotním stavu nezletilého ve smyslu ustanovení § 31 zákona o zdravotních službách

b) osobou, na jejíž nepřetržitou přítomnost má můj nezletilý syn / moje nezletilá dcera právo při poskytování zdravotních služeb ve smyslu ustanovení § 28 odst. 3 písm. e) bod 1. zákona o zdravotních službách.

V ..... dne.....

podpisy zákonných zástupců nezletilého