Přihláška na tábor
pro členky a členy Junáka – českého skauta

## Pořadatel

**Junák – český skaut,**

**středisko Doubravka, z. s.**

sídlo: Aloise Jiráska 1961, 415 01 Teplice

IČ: 61515833

## Údaje o táboru

termín konání: 13. 7. - 27. 7. 2024

místo konání: Koloveč

vedoucí tábora: Lukáš Bobysud

zástupce ved. tábora: Monika Myšková

cena tábora: 4 000,- Kč

## Účastník tábora

jméno a příjmení: …………………………………….

datum narození: …………… RČ: …………………..

bydliště: ……………………………………………….

## Rodiče (zákonní zástupci)

jméno matky (zákonného zástupce):

………………………………, tel.: ……………………

jméno otce (zákonného zástupce):

………………………………, tel.: ……………………

**Informace k ceně a platbě tábora**

* V ceně je zahrnuta strava 5x denně, doprava osob a materiálu, pronájem tábořiště, vstupné na výletech v rámci tábora, pořízení materiálu i náklady související se zajištěním programu.
* Táborový poplatek uhraďte na bankovní účet: **196816051/0300** (ČSOB), var. symbol: **rodné číslo dítěte** (+ do poznámky uvést jeho jméno), nejpozději do **30. 6. 2024**.

**Zákonný zástupce se zavazuje:**

* že při odjezdu na tábor odevzdá **potvrzení o bezinfekčnosti** a **posudek o zdravotní způsobilosti dítěte** (dle § 9 odst. 3 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví) a **souhlas s poskytováním informací o zdravotním stavu dítěte**. Dále je nutné zapůjčit kartičku pojišťovny a očkovací průkaz dítěte.
* že si dítě v případě jeho vyloučení z tábora odveze na vlastní náklady.

**Zákonný zástupce souhlasí:**

* že se jeho dítě zúčastní celého táborového programu s přihlédnutím ke zdravotnímu stavu a omezením uvedeným ve **zdravotním dotazníku (anamnéza),** který je nedílnou součástí této přihlášky,
* v případě kladného zůstatku táborového hospodaření tento ponechat středisku a oddílu pro další činnost a práci s dětmi.

**Zákonný zástupce bere na vědomí:**

* že neodevzdání výše uvedených dokumentů je překážkou pro účast dítěte na táboře bez nároku vrácení táborového poplatku
* že v případě odhlášení dítěte nejméně dva měsíce před táborem se vrací celý táborový poplatek, při odhlášení alespoň jeden měsíc předem 50% poplatku, v případě kratšího období se poplatek nevrací. Pokud se dítě nemůže tábora zúčastnit z důvodu nemoci nebo úrazu, posuzují se případy individuálně.
* že dítě je povinno se řídit pokyny vedoucích a táborovým řádem, a že porušení těchto podmínek může být důvodem vyloučení z účasti na táboře bez nároku na vrácení táborového poplatku.
* že zpracování a ochrana osobních údajů této přihlášky a jejích příloh se řídí pravidly přihlášky člena do organizace (viz text na <http://bit.ly/2p4pihy>)

**Podepsáním této přihlášky závazně přihlašuji dítě na tábor.**

V ………………………

dne ……………………

*podpis zákonného zástupce*

# Dotazník o zdravotním stavu dítěte (anamnéza)

## pro účely skautského tábora Koloveč 2024

Prosím vyplňte čitelně. Na pravdivosti údajů může záviset zdraví vašeho dítěte.

Jméno a příjmení dítěte: ……………………………………………………………………………………

Zdravotní pojišťovna: ………………………………… Rodné číslo: …………………………

Váha dítěte: .....…. kg *(pro případné dávkování léčivých přípravků)*

Trpí dítě nějakou přecitlivělostí, alergií, astmatem apod.? Popište včetně projevů a alergenů.

............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

Má dítě nějakou trvalou závažnou chorobu? (epilepsie, cukrovka apod.)

............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

Užívá Vaše dítě trvale nebo v době konání tábora nějaké léky? Kolikrát denně, v kolik hodin a v jakém množství?

............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

Setkalo se dítě v době půl roku před začátkem tábora s nějakou infekční chorobou?

............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

Bylo dítě v době jednoho měsíce před začátkem tábora nemocné?

............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

Je dítě schopné pohybové aktivity bez omezení? Pokud ne, jaké je to omezení?

............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

Jiné sdělení (pomočování, různé druhy fóbií nebo strachu, činnosti nebo jídla, kterým se dítě vyhýbá, hyperaktivita, zvýšená náladovost, specifické rady nebo prosby atd.):

............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

Prohlašuji, že mé dítě: **dovede** / **nedovede plavat**\*

\* nehodící se škrtněte

# PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ DÍTĚTE (BEZINFEKČNOST)

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil………………………………………………………………………… narozenému…………………………………… bytem…………………………………………………………………. změnu režimu. Dítě nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teplota, apod.) a okresní hygienik ani ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření. Není mi též známo, že v posledních dvou týdnech přišlo dítě do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí.

Dítě je schopno zúčastnit se letního skautského tábora od 13. 7. do 27. 7. 2024. Jsem si vědom(a) právních následků, které by mne postihly, kdyby toto mé prohlášení nebylo pravdivé.

V Teplicích dne 13. 7. 2024

 …………………………………………………………

 podpis zákonného zástupce dítěte

Souhlas rodičů s poskytováním informací o zdravotním stavu dítěte vedoucímu/zdravotníkovi akce

V době konání skautského letního tábora v Kolovči, v termínu 13. 7. – 27. 7. 2024, souhlasím s poskytováním informací o zdravotním stavu mého nezletilého syna/mé nezletilé dcery …………………………………………………... (jméno a příjmení), nar. …………………………………, ve smyslu ustanovení § 31 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách ve znění pozdějších předpisů:

• Lukáši Bobysudovi, nar. 8. 5. 1985 bytem V Závětří 1675, 415 01 Teplice

• Ing. Monice Myškové, nar. 17. 8. 1985, bytem Zájezdní 196, 439 23 Lenešice

Kontaktní údaje zákonných zástupců nezletilého:

V případě nutnosti, prosím, kontaktujte zákonné zástupce výše uvedeného dítěte na těchto telefonních číslech: Příjmení, jméno:

telefonní číslo:

Příjmení, jméno:

telefonní číslo:

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

(podpis zákonného zástupce dítěte ze dne odjezdu na tábor)

# Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na zotavovací akci (skautském táboře)

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

1. je zdravotně způsobilé \*)
2. není zdravotně způsobilé \*)
3. je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením) \*)

 ..………………………………….

Posudek je platný 2 roky 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

1. se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO – NE
2. je proti nákaze imunní (typ/druh)……………………………………………………..
3. má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh) ………………………..
4. je alergické na ………………………………………………………………………………….
5. dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka) ………………………………………….

Datum vydání posudku

 ………………………………………………………….

 podpis, jmenovka lékaře

 razítko zdrav. zařízení

**Poučení:**

Proti bodu 3. části A) tohoto posudku lze podle § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, podat návrh na jeho přezkoumání do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání poskytovatelem zdravotnických služeb, který posudek vydal. Návrh na přezkoumání lékařského posudku nemá odkladný účinek, jestliže z jeho závěru vyplývá, že posuzovaná osoba je pro účel, pro nějž byla posuzována, zdravotně nezpůsobilá nebo zdravotně způsobilá s podmínkou.

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 …………………………………………………….

(stvrzuje se přiloženou „doručenkou“)

\*) Nehodící se škrtne.