

PŘIHLÁŠKA DÍTĚTE DO LETNÍHO TÁBORA 11., 14. A 18. SKAUTSKÉHO  
ODDÍLU

Středisko SKALKA - Mníšek pod Brdy  
Rymaně 678, 252 10 Mníšek pod Brdy, IČO 61388602

Typ: **Stálý**

Místo: **Rosovice**

V termínu od: **29.6.2024** do: **13.7.2024**

Poplatek: **5500,- Kč**

\*\*\*\*\*

VYPLNÍ RODIČE

Jméno a příjmení dítěte: .....

Datum narození: ..... Rodné číslo: .....

Bydliště: ..... PSČ: .....

Kontakt (telefon a email obou zákonných zástupců): .....

.....

Způsob platby:

- Bankovním převodem (č. účtu 260 182 3052/2010, **variabilní symbol 111418**, jméno dítěte do poznámky)
- Přes zaměstnavatele:

**Fakturační adresa zaměstnavatele** (název firmy, adresa firmy, IČ, DIČ, jméno zaměstnance):

.....

.....

.....

Bereme na vědomí, že:

**1.**

Tábor je výběrový a souhlasíme s podmínkami táborového řádu, jimiž se musí každý účastník řídit. Jejich nedodržení může vést k vyloučení z tábora bez nároku na vrácení účastnického poplatku.

**2.**

Přihlášku je nutné odevzdat nejpozději do **10.5.2024** vedoucímu oddílu, **Posudek o zdravotní způsobilosti je její nedílnou součástí.**

Účastnický poplatek musí být nejpozději **31.5.2024** na účtu střediska č. **2601 823 052/2010**

**3.**

Po zaplacení účastnického poplatku je možné odhlášení dítěte pouze písemně nebo telefonicky u Vedoucího tábora (Tomáš Buriánek - 702 647 903) a vedení oddílu. 50% poplatku je tvoří Nevratná záloha a v případě odhlášení dítěte v průběhu 21 dnů před nástupem na tábor nemá účastník na její vrácení právo. V případě, že účastník tábora onemocní a musí být ošetřován a léčen mimo tábor (a na tábor se již nevrátí), má právo na vrácení části účastnického poplatku. Výše vratky se určí jako součet poměrných částí poplatku za jednotlivé dny, kdy účastník nebyl na táboře.

**5.**

Fotografie všech účastníků akce budou umístěny na webu Střediska Skalka Mníšek pod Brdy.

V.....

Dne.....

Podpis zákonného zástupce: .....

# Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě

Evidenční číslo posudku: .....

## 1. Identifikační údaje

Název poskytovatele zdravotnických služeb vydávajícího posudek:

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele:

IČO:

Jméno, popřípadě jména a příjmení posuzovaného dítěte: .....

Datum narození posuzovaného dítěte: .....

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného bydliště na území České republiky posuzovaného dítěte:

## 2. Účel vydání posudku

### 3. Posudkový závěr

A. Posuzované dítě k účasti na škole v přírodě nebo zotavovací akci:

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

B. Posuzované 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)

\*) Nehodící se škrtněte

\*\*\*) Bylo-li zjištěno, že posuzované dítě je zdravotně způsobilé s omezením, uveďte se omezení podmiňující zdravotní stav způsobilosti k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě.

### 4. 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.

### 5. Oprávněná osoba

Jméno, popřípadě jména a příjmení oprávněné osoby:

Vztah k posuzovanému dítěti (zákonný zástupce, opatrovník, pěstoun, popř. další příbuzný dítěte):

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne:

Podpis oprávněné osoby:

Datum vydání posudku:

Podpis, příjmení lékaře, razítko poskytovatele zdravotnických služeb: