|  |  |
| --- | --- |
| logo_caritas | **CHARITA KRALUPY NAD VLTAVOU**Sokolská 139, 278 01 Kralupy nad Vlt.Tel/fax: 606613018, e-mail: centrum@nasefarnost.cz,web: kralupy.charita.cz, IČO: 265 20 800 |

Přihláška na letní příměstský tábor

Příjmení a jméno dítěte:............................................................................................................

Příjmení a jméno matky / otce:...................................................................................................

Bydliště:.................................................................................................................................

Datum narození:............................................................Věk dítěte:.....................................................

Škola..........................................................................Třída ...................................................

Zdravotní pojišťovna ................................................................................................................

Telefon /nejlépe všechny kontakty/:............................... matka .................................otec

E-mailová adresa: ....................................................................................................................

**ZDRAVOTNÍ OSOBNÍ DOTAZNÍK**

Uvedené osobní a zdravotní údaje o dítěti jsou nezbytně nutné pro zdravotníka, vedoucí a případné lékařské ošetření během pobytu. Slouží k předvídání možných komplikací a snaze jim předcházet tam, kde je to možné. Informace jsou přísně důvěrné a nebudou použity k jiným účelům!

Jméno + telefonní kontakt dětského lékaře: ...................................................................

▪ Alergie na potraviny (ryby, ořechy, vejce, lepek, aj. )

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

▪ Ostatní alergie – (seno, trávy, pyly, prach, roztoči, zvířecí srsti, slunce aj. )

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

▪ Trvalá onemocnění dítěte (astma, diabetes, epilepsie)

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

▪ Užívání léků (název léků, dávkování)

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

▪ Jiná sdělení (strach ze tmy či z výšek, zdravotní dietní opatření, omezení denního režimu, aj.):

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

Svým podpisem dávám souhlas se zpracováním a uchováním uvedených údajů v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, a to za účelem evidence účastníků akce. Souhlasím s fotografováním a pořizováním dalších audiovizuálních záznamů.

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

podpis

K pobytu na táboře je nutné také odevzdání prohlášení o bezinfekčnosti, které lze odevzdat až na táboře, s datem nástupu na tábor.

**Prohlášení zákonných zástupců dítěte – bezinfekčnost** Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil dítěti

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

narozenému ...............................bytem..................................................................................... změnu režimu. Dítě nejeví známky akutního onemocnění /průjem, teplota apod./ a okresní hygienik ani ošetřující lékař nenařídil karanténní opatření. Není známo, že v posledních dvou týdnech přišlo dítě do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí. Dítě se je schopno zúčastnit letního pobytu v přírodě. Jsem si vědom/a právních důsledků, které by mě postihly, kdyby toto prohlášení bylo nepravdivé.

Dne.............................................v………………………………………………………………………

podpis zákonných zástupců