

# ČTU klub DELFÍN, Bohumín



Závazná přihláška na letní stanový tábor  
MLADECKO

12. 8. - 26. 8. 2023

<b>Osobní údaje dítěte:</b>		
Jméno a příjmení:		Státní příslušnost:
Adresa bydliště:	Město, obec:	PSČ:
Rodné číslo:		Ukončená třída:

Osobní údaje rodičů	Otec	Matka
Jméno a příjmení:		
Adresa:		
Kontaktní telefon*:		
E-mail*:		
Povolání:		

\*) označte tel.kontakt a e-mail na který chcete zasílat informace týkající se tábora

- a) Souhlasím, aby se mé dítě zúčastnilo tohoto tábora.
- b) Souhlasím, aby zůstatek peněz, jakož i veškeré dotace byly použity na další činnost oddílu.
- c) Souhlasím, použitím osobních dat pro potřeby LT Delfín ČTU.
- d) Souhlasím s pořizováním videozáznamu a fotografií mého dítěte.
- e) Souhlasím s předčasným ukončením pobytu dítěte na táboře při závažném porušení táborového řádu, bez nároku na vrácení peněz (Pití alkoholu, kouření, úmyslné poškozování vybavení tábora, násilné chování, šikana, ...)
- f) Tato přihláška je závazná, při odhlášení/nenastoupení dítěte na tábor mohou být účtovány stornopoplatky.

V ..... dne: .....

Podpis rodičů, nebo zákonného zástupce

Součástí této přihlášky je lékařské potvrzení.

Vyplněné potvrzení zašlete na adresu: Josef Beran, Ostravská 61 Bohumín – Vrbice 73551

# ČTU klub DELFÍN, Bohumín



Lékařské potvrzení pro letní stanový tábor MLADECKO  
(dle vyhlášky 106/2001 Sb.)

12. 8. - 26. 8. 2023

<b>Osobní údaje dítěte:</b>		
Jméno a příjmení:		Státní příslušnost:
Adresa bydliště:	Město, obec:	PSČ:
Rodné číslo:	Zdravotní pojišťovna:	

Posuzované dítě k účasti na zotavovací akci (Letním stanovým táboře)

- a) Je zdravotně způsobilé \*)
- b) Není zdravotně způsobilé \*)
- c) Je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením) \*) .....

Potvrzení o tom, že 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, dávkování) .....

.....  
Datum vystavení posudku

.....  
Podpis, jmenovka lékaře

.....  
Razítko zdrav. 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-ti 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.

Jméno, popřípadě jména a příjmení oprávněné osoby: .....

Vztah k dítěti: .....

.....  
Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne

.....  
Podpis oprávněné osoby

Toto potvrzení je součástí přihlášky na letní stanový tábor

\*) nehodící se škrtněte.

Vyplněné potvrzení zašlete na adresu: Josef Beran, Ostravská 61 Bohumín – Vrbice 73551

