



ČLOVÍČEK (ONE LITTLE), Z. S.

Bosonožské nám. 762/12, 642 00 Brno // mobil: +420 724 063 116 / 721 488 072

www.clovickbrno.cz // clovicek.brno@atlas.cz



ZÁVAZNÁ PŘIHLÁŠKA NA INTEGRAČNÍ TÁBOR U MOŘE

15. 6. – 22. 6. 2019

Jméno a příjmení dítěte:

Datum a místo narození:Zdravotní pojišťovna:

Adresa bydliště:

Údaje o zákonném zástupci dítěte

Jméno a příjmení:

Telefon: email:

Adresa bydliště:

Další informace o dítěti pro provozovatele letního tábora:

- Potraviny, které dítě nejí:
- Dítě je plavec / částečný plavec / neplavec (*nehodící přeškrtnout*)
- Užívá léky:
(uveďte, prosím dávkování)
- Trpí alergiemi:
- Další aktuální informace o zdravotním stavu dítěte:
- **Specifika nebo zvláštnosti dítěte:**

(Věnujte, prosím, tomuto bodu pozornost. Velmi nám pomůže každá Vaše připomínka, např. co na dítě platí, co má rádo, zda má problémy se sebeobslouhou, či s jídlem, čemu máme věnovat zvýšenou pozornost. Zamlčení důležité informace může mít za následek ukončení pobytu dítěte.)

Prohlašuji, že jsem nezamlčel žádné skutečnosti týkající se zdravotního stavu dítěte.

Datum:

Podpis zákonného zástupce:

Přihlášku spolu s vyjádřením lékaře zašlete do 31. března 2019 emailem: clovicek.brno@atlas.cz. Na základě odeslané přihlášky obdržíte další informace k pobytu. Pokud potřebujete poradit, rádi vám dotazy nebo nejasnosti zodpovíme telefonicky 724 063 116 nebo prostřednictvím emailu: clovicek.brno@atlas.cz.



ČLOVÍČEK (ONE LITTLE), Z. S.

Bosonožské nám. 762/12, 642 00 Brno // mobil: +420 724 063 116 / 721 488 072

www.clovickekbrno.cz // clovicek.brno@atlas.cz



POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI ZAHRANIČNÍHO POBYTOVÉHO TÁBORA

Název poskytovatele zdravotnických služeb vydávajícího posudek, adresa sídla poskytovatele, IČO:

Jméno, popřípadě jména a příjmení posuzovaného dítěte:

Datum narození a místo narození:

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného pobytu

Část A) Posuzované dítě k účasti na zotavovací akci

a) je zdravotně způsobilé*)

b) není zdravotně způsobilé*)

c) je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením) */ **

Posudek je platný 12 měsíců 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

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)

Poznámka: * Nehodící se škrtněte ** Bylo-li zjištěno, že posuzované dítě je zdravotně způsobilé s omezením, uveďte se omezení podmiňující zdravotní způsobilost k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě.

Datum vydání posudku: dne

.....
podpis, jmenovka lékaře, razítko zdrav. zařízení

Poučení: Proti části A tohoto posudku je možno podat podle ustanovení § 46 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 zdravotních 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