

Příjmení, jméno:

Běh tábora:

PÍSEMNÉ PROHLÁŠENÍ RODIČŮ (ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ) DÍTĚTE)		STŘEDISKO RADOST, Mrkosova 20, 61500 BRNO	
Jméno a příjmení:		Běh:	
Rodné číslo:		Datum narození:	
Název nebo číslo zdravotní pojišťovny:			
Bydliště: obec, ulice, číslo, PSČ:			
Telefonní čísla: otec		matka	
domů			
Pokud budete v době tábora mimo své bydliště, napište prosím svoji adresu. Pokud budete v zahraničí, napište jméno, adresu a telefon osoby, které vás zastupují.			
Prohlašuji, že uvedené dítě nejví známky akutního onemocnění např. horečka nebo průjem. V uplynulých 14 kalendářních dnech před odjezdem na tábor nepřišlo do fyzického styku s osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy (včetně vši). Také prohlašuji, že dítěti nebylo nařizeno karanténní opatření. Jsem si vědom(a) právních následků, které by mě postihly, kdyby toto prohlášení bylo nepravdivé. Sděluji, že je mi známo, že pokud by uvedené dítě ze zdravotních důvodů nemohlo na táboře bydlet v podsadovém stanu v přírodě a mýt se studenou vodou, nemůže se tohoto tábora účastnit.			
Jména a příjmení rodičů (zákonných zástupců dítěte).		Podpis a datum.*	
*) Datum podpisu nesmí být dříve než den odjezdu na tábor.			
Důležité upozornění: Prohlášení vyplněné a podepsané rodiči odevzdá dítě při nástupu na tábor nebo do autobusu. Bez něj nemůže být na tábor přijato.			

Pokud máte potřebu napsat nám další informace ke zdravotnímu stavu dítěte, které nebyly uvedeny na papírové přihlášce, můžete je uvést v části „Další sdělení“.

Tento tiskopis podepsaný rodiči nezapomenout vzít sebou na tábor!
Při kontrole nám i za jedno chybějící potvrzení hrozí vysoká pokuta
Odevzdává se při nástupu na tábor nebo již u autobusu.

Kdo jede autobusem a nesnáší cestu, je dobře, aby si vzal léky proti nevolnosti, které obdržíte v lékárnách. Na cestu si vezměte svačinu a pití.

Kdo zmešká autobus, zatelefonujte na číslo **733 741 741** (šéf příslušného běhu) a je třeba si zajistit náhradní dopravu s doprovodem rodičů nebo zástupců.

Pokud pro nemoc nemůže dítě nastoupit, nebo bude nastupovat později, oznamte to co nejrychleji. Pokud po cestě (vlastní dopravou) máte zpoždění, pokud můžete, telefonujte na výše uvedené číslo.

TÁBOR RADOST, SAMOTA AMERIKA R25, 561 82 KLÁŠTEREC NAD ORLICÍ

Další sdělení:

U menších dětí lékař provádí ošetření (krom záchrany života) jen se souhlasem oprávněného dospělého a to jste vy, rodiče. Jestli je dítě dost staré na to, aby samo poskytlo souhlas, si rozhodne sám lékař a je to nejisté! Potřebujeme tedy od vás plnou moc, jinak bychom riskovali, že by dítě kvůli banálním ošetřením muselo být odesláno domů. Stačí podpis jednoho rodiče.

Plná moc

My, níže podepsaní rodiče

Jméno a příjmení matky:, narozená dne:,

jméno a příjmení otce:, narozený dne:,

bydlištěm:,

jako zákonní zástupci našeho dítěte:

Jméno a příjmení nezl. dítěte:, RČ:,

bydlištěm:

zmocňujeme **Středisko Radost, (IČ 60552921), zastoupené Ing. Vítem Kubíčkem, statutárním zástupcem,** k našemu zastupování v rozsahu všech práv a povinností v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb shora uvedenému nezl. dítěti dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (dále jen zákon) během pobytu našeho dítěte na letním táboře pořádaném Střediskem Radost na adrese Klášterec nad Orlicí R25, 561 82,

v termínu od do2016. Zároveň akceptujeme, že statutární zástupce Střediska Radost, pověří k činnostem, vyplývajícím z této plné moci a v tomto rozsahu, další kvalifikované osoby Střediska Radost, písemným pověřením – zplnomocněním, kterým se prokáží tyto osoby zdravotnickému zařízení.

Plná moc platí zejména pro tyto činnosti: Získávání informací o zdravotním stavu shora uvedeného nezletilého dítěte a o navržených zdravotních službách dle ust. § 31 zákona a na jejich základě udělení písemného informovaného souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb v souladu s ust. § 34 zákona.

Zároveň uděluji souhlas, aby táborový zdravotník prováděl u mého dítěte ošetření běžných drobných úrazů nebo zdravotních komplikací (např. vytažení klíštěte, ošetření odřenin, bolesti břicha, hlavy, krku, apod.) a stanovil způsob navazující léčby (např. ošetření ve specializovaném zdravotním zařízení).

Rovněž tímto uděluji Středisku Radost souhlas se zpracováváním a uchováváním nezbytně nutných osobních údajů, ve smyslu ust. § 5 odst. 2 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, které se Středisko Radost dozví při udělování souhlasu nebo přebírání informací v situacích, pro které je udělena tato plná moc. Právo uchovávat tyto údaje platí ještě dvanáct měsíců po události, které si uchování těchto údajů vyžádaly (např. ve zdravotní dokumentaci tábora).

V dne

Podpis zákonného zástupce:

.....

V dne

**Tuto plnou moc akceptujeme.
Za Středisko Radost**

.....