

Dům dětí a mládeže, Kolín, Pražská 161

Pražská 161, P. O. BOX 64, 280 50 Kolín 1, Tel./fax.: 321 712 939; 603 719 966

Email: info@ddmkolin.cz, www.ddmkolin.cz

PŘIHLÁŠKA NA POBYTOVOU AKCI (TÁBOR)

FORMULÁŘ VYPLŇTE ČITELNĚ HŮLKOVÝM PÍSMEM!!!

Název pobyt. akce (tábora)					
Místo konání pobytu (tábora)					
Termín zahájení činnosti		Termín ukončení činnosti		Cena	
Jméno a příjmení dítěte (účastníka akce)					
Místo trvalého pobytu					
PSČ		Rodné číslo		Státní občanství	

INFORMACE O ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCÍCH

Matka	Jméno a příjm.		tel.:	
	Místo trval. pobytu			
	Adresa pro doručování			
Otec	Jméno a příjm.		tel.:	
	Místo trval. pobytu			
	Adresa pro doručování			

OMEZENÍ DÍTĚTE (dospělého člena PA)

Zdravotní způsobilost, zdravotní obtíže	Jiné zdravotní postižení či tělesné, sociální znevýhodnění.
---	---

INFORMACE PRO VEDOUCÍHO

Účastník akce UMÍ – NEUMÍ plavat (nehodící se škrtněte)	Další důležité informace o dítěti (účastníkovi akce):
---	---

PROHLÁŠENÍ RODIČŮ

Prohlašuji, že jsem byl/ a seznámen/ a s vydáním a obsahem Vnitřního řádu a ŠVP DDM Kolín a budu dbát na dodržování/ budu dodržovat jeho ustanovení.

Beru na vědomí, že v případě neúčasti dítěte/ mé neúčasti na pobytové akci (táboře) bude z celkové ceny odečten storno poplatek ve výši poukazu dodavatele sjednaných služeb, či jiných prokazatelně vynaložených nákladů. Stornovací poplatek zaplatím i v případě nemoci, nezajistím-li adekvátní náhradu. Souhlasím se zpracováním osobních údajů svého dítěte/ svých pro vnitřní potřeby DDM Kolín. Souhlasím se zpracováním fotografické dokumentace, pořízené při zájmovém vzdělávání DDM Kolín, pro propagační účely.

Podpis zákonného zástupce:
(dospělého účastníka akce)

V _____ dne



Lékařské potvrzení

o způsobilosti účastníka absolvovat pobytovou akci (tábor)

- vyplní lékař -

Jméno a příjmení dítěte (účastníka akce)	
Rodné číslo	
Místo trvalého pobytu	
Potvrzuji tímto, že výše jmenovaný je psychicky i fyzicky způsobilý absolvovat program pobytové akce (tábora) bez omezení /s tímto omezením:	omezení vypište zde:
Dostal/a sérum proti:	
Prodělal/a tyto choroby:	
Alergické reakce na potraviny, léky, aj.:	
Zvláštní doporučení:	
v _____ dne	razítko a podpis praktického lékaře



Dům dětí a mládeže, Kolín, Pražská 161

Pražská 161, P. O. BOX 64, 280 50 Kolín 1, Tel./fax.: 321 712 939; 603 719 966

Email: info@ddmkolin.cz, www.ddmkolin.cz

Prohlášení rodičů o bezinfekčnosti

*Toto prohlášení nesmí být starší než jeden den před nástupem
na pobytovou akci (tábor).*

*Prohlášení odevzdejte vedoucímu z DDM Kolín zároveň s očkovacím průkazem dítěte
a průkazkou zdravotní pojišťovny v den odjezdu!!!*

FORMULÁŘ VYPLŇTE ČITELNĚ HŮLKOVÝM PÍSMEM!!!

Název pobyt. akce (tábora)					
Místo konání pobytu (tábora)					
Termín zahájení činnosti		Termín ukončení činnosti		Cena	
Jméno a příjmení dítěte (účastníka akce)					
Místo trvalého pobytu					
PSČ		Rodné číslo		Státní občanství	

PROHLÁŠENÍ RODIČŮ

Prohlašuji, že okresní hygienik ani lékař nenařídili výše uvedenému účastníkovi pobytové akce (tábora) karanténu nebo zvýšený zdravotní dozor a že mi též není známo, že v poslední době přišel do styku s osobami, které onemocněly přenosnou chorobou.

Jsem si vědom(a) právních důsledků, které by mě postihly, kdyby toto mé prohlášení nebylo pravdivé.

Souhlasím s tím, aby v případě zranění nebo jakéhokoliv onemocnění vedoucí LT převezl mou dceru/mého syna k lékařskému ošetření svým osobním autem.

V

dne

Podpis zákonného zástupce:
(dospělého účastníka akce)