**Závazná přihláška na letní tábor**

Zúčastním se *celého tábora* v*termínu od 3. do 18. 7. 2023 / pouze části od …………..do…………*

Beru na vědomí:

* Že se jedná o stanový tábor
* Že účastnický poplatek činí 2 800 Kč
* Že při hrubém porušení kázně může být dítě vyloučeno z tábora bez navrácení účastnického poplatku

Jméno a příjmení:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum narození:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rodné číslo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Trvalé bydliště:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alergie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Léky, které dítě pravidelně užívá: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Další zdravotní omezení: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontaktní údaje na rodiče:

Jméno:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. číslo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jméno:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. číslo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Další sdělení pro vedoucí:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

V\_\_\_\_\_\_\_\_ dne\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis zákonného zástupce Podpis účastnice

………………………………………… …………………………………………….

**Souhlas s poskytováním informací o zdravotním stavu dítěte zdravotníkovi akce**

V době konání letního tábora 992. skautského oddílu Arachné, tj. od 3.7. 2023 do 18. 7 2023 souhlasím s poskytováním informací o zdravotním stavu mé nezletilé dcery ................................................ (jméno a příjmení), nar. .........................
ve smyslu ustanovení § 31 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o zdravotních službách“):

slečně **Terezii Boháčové**, nar. 9. 12. 2000, bytem Za Pohořelcem 14, Praha 6, 169 00
a slečně **Markétě Suchánkové**, nar. 12. 11. 2002, bytem Slávy Horníka 29, Praha 5, 150 00

Podpis zákonných zástupců

………………………………………….. …………………………………………….