**Závazná přihláška na LPT pořádaný PS Modelářské centrum MB**

**Datum:** 02. 08. – 06. 08. 2021 , 09. 08. – 13. 08. 2021

**Cena:** 2800,- /týden, při využití obou termínů 2600,-/týden ,

  **Druh tábora : Příměstský**

**Variabilní symbol:**

**Informace o účastníkovi**

**Jméno účastníka:**

**Třída: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Škola: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Adresa bydliště: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PSČ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Datum narození: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Účastník je členem Modelářského centra** ANO/NE

**Účastník již v minulosti absolvoval nějaký tábor** ANO/NE

**Zdravotní pojišťovna: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Velikost trička: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Účastník již v minulosti absolvoval nějaký tábor.** Ano/Ne

**Nedílnou součástí přihlášky jsou podmínky účasti dítěte na táboře. Žádost o příspěvek pro jmenované dítě byla podána u (jméno a adresa zaměstnavatele): ...................................................................................................................................................................**

**V případě neodůvodněné neúčasti je stornovací poplatek do 70 %.**

**Potvrzení a souhlas**

Potvrzuji správnost uvedených údajů v registračním listě a jsem připraven na vyzvání odpovědné osoby sdružení PIONÝR správnost údajů doložit. Dávám tímto písemně souhlas s tím, aby sdružení PIONÝR se sídlem Senovážné nám. 977/24 Praha 1, jako správce prostřednictvím svých organizačních jednotek zpracovávalo v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb. O ochraně osobních údajů mé osobní údaje uvedené na tomto registračním listu. Správce je oprávněn zpracovávat mé osobní) údaje prostřednictvím svých zpracovatelů, přičemž beru na vědomí, že takto určený zpracovatel již nepodléhá mému dalšímu souhlasu. Správce může používat mé osobní údaje ke své činnosti v souladu se statutem sdružení PIONÝR a dále v nutném rozsahu pro svou činnost. Souhlas uděluji na dobu neurčitou, do odvolání tohoto souhlasu, případně do doby jednoho roku po ukončení mé registrace u sdružení PIONÝR. Beru na vědomí, že svůj souhlas mohu písemně kdykoliv odvolat a správce mé údaje do jednoho roku zlikviduje. Dále souhlasím se zpracováním osobních dat dle směrnice EU GDPR. Souhlasím s využitím fotek pro prezentaci akcí a činností v rámci organizace PIONÝR.

Způsob zpracování údajů řeší interní směrnice sdružení PIONÝR.

(U osob mladších 18-ti let toto potvrzení a souhlas podepisuje zákonný zástupce, který je na registračním listu)

**Kontakty na zákonné zástupce:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **JMÉNO** |  | **Podpis:** |
| **Matka:** |  | **Tel:** |  |
| **Mail:** |
| **Otec:** |  | **Tel:** |  |
| **Mail:** |

**Přihlášku odevzdat do : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Účastnický poplatek uhradit do : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Schválení přihlášky vedoucím orgánem tábora: (Vyplňuje vedení tábora)**

**Vyjádření organizace: Datum přijetí přihlášky:**

**Razítko organizace: Datum platby**

**Datum schválení: Podpis vedení tábora:**

**Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě**

**Jméno, popřípadě jména a příjmení posuzovaného dítěte ………………………………………………**

**Rodné číslo ……………………………………………………………………………………………………………**

**Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného pobytu …………………………………………………………**

**Část A) Posuzované dítě k účasti na škole v přírodě nebo zotavovací akci**

1. **je zdravotně způsobilé \*)**
2. **není zdravotně způsobilé \*)**
3. **je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením) \*) ………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………….**

**Posudek je platný 24 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 …………………………………………………………………………………………………………**

**pro případ lékařského ošetření, uveďte, prosím, alergické reakce na podané léky ………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………….**

**e) dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka) ………………………………………………………………………**

**..……………………………… …………………………………………………..**

**datum vydání 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 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. lékař provozující 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**

***\*) Nehodící se škrtněte***

**L I S T — Ú Č A S T N Í K A (Bezinfekčnost)**

**=========================**

**Prohlášení zákonných zástupců dítěte :**

**Prohlašuji, že mému dítěti :**

**jméno: .................................. ,**

**rodné číslo: ........................................**

**adresa : ........................................................... , nebyla nařízena změna režimu, dítě nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teplota, kašel a pod . ) a okresní hygienik ani ošetřující lékař**

**mu nenařídil karanténní opatření . Není mi též známo, že v posledních dvou dnech přišlo toto dítě do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí .**

 **Jsem si vědom (a) právních následků, které by mi postihly, kdyby toto moje prohlášení bylo nepravdivé.**

**V Mladé Boleslavi dne: ........................... ..........................................................**

 **Podpis zákonných zástupců dítěte**

**Upozornění zákonných zástupců dítěte :**

**Upozorňuji u svého dítěte na : ................................................................................................**

**alergie na ...................................................................................................................................**

**užívání prášků : .........................................................................................................................**

 **Současně sděluji, že mi je známo, že každé dítě při činnosti na LPT podléhá táborovému řádu a podrobuje se vedení a pokynům vedoucích. Nedodržení táborového řádu může být potrestáno i vyloučením z tábora. Dále jsem vzal na vědomí, že návštěvy rodičů v táboře nejsou z výchovných a zdravotních důvodů povoleny.**

 **..........................................................**

 **Podpis zákonných zástupců dítěte**

**Toto prohlášení musí být vyplněno v den odjezdu. Dítě je povinné odevzdat spolu s průkazem pojištěnce při nástupu k odjezdu na soustředění.**

**V případě nedostatku místa je možno pokračovat na druhé straně.**