



DDM Praha 9

# Přihláška na tábor

Dům dětí a mládeže Praha 9

Pobočka Černý Most

Generála Janouška 1060,196 00 Praha 14

tel/fax: 286 889 428, gsm: 731 562 070, info-cm@ddmpraha9.cz,

www.ddmpraha9.cz

## VELIKONOČNÍ TÁBOR „Cesta kolem světa“

Termín tábora: 1.-5.4. 2010	Místo: Votice
Cena: 700,- Kč	Hl. vedoucí: Tereza Rádsetoulalová
Kód účastníka : 03717.....	(slouží jako variabilní symbol plateb)

Jméno a příjmení:	R.č.:
Datum narození:	Věk:
Adresa bydliště:	Telefon domů:
E-mail:	Mobil:
Kontakt na rodiče v době konání akce:	

Požadujete vystavení faktury (pro příspěvek jiné organizace):	ANO / NE
Název organizace:	Telefon:
<b>Faktura bude vystavena na základě objednávky, kterou do DDM zašle přispívající organizace.</b>	
Plavec: ANO / NE	Pokud ano, zaškrtněte jaký: -špatný -průměrný -výborný
Kde jste se o táboře dozvěděli (plakát-kde, internet-kde, v tisku, ústně, DDM..)?:	
Zdravotní pojišťovna:	Úrazové pojištění: ANO / NE
Zde je prostor pro informace, které považujete za důležité pro pobyt dítěte na táboře (zvyklosti, problémy, dohlédnout na... aj.):	

Vyplněnou přihlášku odevzdejte nejpozději do **25.3.2010** zároveň s finančním obnosem a kopií kartičky zdrav. pojišťovny do kanceláře DDM. Dítě je přihlášeno na akci až po proběhlé platbě.  
Číslo bankovního účtu: 240829379/0800 - variabilní symbol je kód účastníka.

Svým podpisem potvrzuji správnost výše uvedených údajů a rovněž souhlasím s případným použitím fotografií z tohoto tábora pro propagační účely DDM P9.

.....  
**Podpis zákonného zástupce účastníka**

*Údaje v této přihlášce slouží pouze pro potřeby provozovatele této akce.*

## Zdravotní způsobilost dítěte k účasti na zotavovací akci

PROSÍME PIŠTE ČITELNĚ TISKACÍMI PÍSMENY, NEBO STROJEM

Jméno, popřípadě jména a příjmení posuzovaného dítěte:	
datum narození :	
adresa místa trvalého pobytu nebo jiného pobytu :	

### Část A)

Posuzované dítě k účasti na škole v přírodě nebo 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):	

.....  
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

Posudek byl oprávněné osobě do vlastních rukou doručen dne.....  
(stvrzuje se příloženou "doručenkou ").....

\*) Nehodící se škrtněte.