

ZÁVAZNÁ PŘIHLÁŠKA NA TÁBOR

ODEVZDEJTE CO NEJDŘÍVE VŮDCI ODDÍLU

ÚDAJE O TÁBOŘE	MÍSTO KONÁNÍ	Pecka, okres Jičín		
	TERMÍN	16.7.2011 - 30.7.2011	ÚČ. POPLATEK	2.600 Kč (1.600 Kč*)

ÚDAJE O POŘADATELI	NÁZEV	Junák - svaz skautů a skautek ČR, středisko KRAKONOŠ Vrchlabí
	SÍDLO	Jos. Suka 843, Vrchlabí
	IČ	15038467

ÚDAJE O PŘIHLAŠOVANÉM	PŘÍJMENÍ	
	JMÉNO	
	PŘEZDÍVKA	
	DAT. NAROZENÍ	
	RODNÉ ČÍSLO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	BYDLIŠTĚ	
	POJIŠŤOVNA	
	VELIKOST TRIČKA	XS - S - M - L - XL - XXL

ÚDAJE O ZÁKONNÉM ZÁSTUPCI	JMÉNO	
	BYDLIŠTĚ	
	MOBIL	
	TEL. DO ZAMĚST.	
	E-MAIL	

PLATBA TÁBORA	<input type="checkbox"/> HOTOVĚ	do 15.6.2011
	<input type="checkbox"/> BANKOVNÍM PŘEVODEM	do 15.6.2011
	<input type="checkbox"/> FAKTUROU	domluva do 3.6.2011

Prohlašuji, že jsem si důkladně přečetl/a Táborový zpravodaj, seznámil/a se se všemi podmínkami přijetí a účasti mého dítěte na výše specifikovaném táboře a souhlasím s jeho účastí na tomto táboře.

VE VRCHLABÍ DNE		PODPIS	
------------------------	--	---------------	--

POUZE PRO RODIČE SKAUTŮ: TŘI ORLÍ PERA

Souhlasím s tím, aby můj syn/ moje dcera plnil/a zvláštní odborku Tří orlích per, která se skládá z následujících zkoušek:

- 24 hodin mlčet a nevydat žádný zvuk
- 24 hodin držet hladovku a pít pouze čistou vodu
- 24 hodin se skrývat mimo tábor, bez dozoru vedoucích, nebyť nikým spatřen/a, pozorovat tábor a přírodu a učinit o tom zápis

Podpis

* Snížený táborový poplatek pro účastníky se složenou ČZk.

ZÁVAZNÁ PŘIHLÁŠKA NA TÁBOR

ODEVZDEJTE CO NEJDŘÍVE VŮDCI ODDÍLU

ÚDAJE O TÁBOŘE	MÍSTO KONÁNÍ	Pecka, okres Jičín		
	TERMÍN	16.7.2011 - 30.7.2011	ÚČ. POPLATEK	2.600 Kč (1.600 Kč*)

ÚDAJE O POŘADATELI	NÁZEV	Junák - svaz skautů a skautek ČR, středisko KRAKONOŠ Vrchlabí
	SÍDLO	Jos. Suka 843, Vrchlabí
	IČ	15038467

ÚDAJE O PŘIHLAŠOVANÉM	PŘÍJMENÍ	
	JMÉNO	
	PŘEZDÍVKA	
	DAT. NAROZENÍ	
	RODNÉ ČÍSLO	<input type="text"/> / <input type="text"/>
	BYDLIŠTĚ	
	POJIŠŤOVNA	
	VELIKOST TRIČKA	XS - S - M - L - XL - XXL

ÚDAJE O ZÁKONNÉM ZÁSTUPCI	JMÉNO	
	BYDLIŠTĚ	
	MOBIL	
	TEL. DO ZAMĚST.	
	E-MAIL	

PLATBA TÁBORA	<input type="checkbox"/> HOTOVĚ	do 15.6.2011
	<input type="checkbox"/> BANKOVNÍM PŘEVODEM	do 15.6.2011
	<input type="checkbox"/> FAKTUROU	domluva do 3.6.2011

Prohlašuji, že jsem si důkladně přečetl/a Táborový zpravodaj, seznámil/a se se všemi podmínkami přijetí a účasti mého dítěte na výše specifikovaném táboře a souhlasím s jeho účastí na tomto táboře.

VE VRCHLABÍ DNE		PODPIS	
------------------------	--	---------------	--

POUZE PRO RODIČE VLČAT: TŘI BÍLÉ TESÁKY

Souhlasím s tím, aby můj syn plnil zvláštní odborku "Tři bílé tesáky", která se skládá z těchto zkoušek:

1. Setrvat 6 hodin sám v lese nebo na jiném opuštěném místě, kam nikdo nepřichází
2. Vydat se s dalším vlčetem na cca 5 km dlouhou cestu
3. Večer navštívit opuštěné místo

Podpis

* Snížený táborový poplatek pro účastníky se složenou ČZk.

ZDRAVOTNÍ KARTA DÍTĚTE

PŘEDEJTE ZDRAVOTNÍKOVÍ PŘI SRAZU

PŘÍJMENÍ A JMÉNO		PŘEZDÍVKA	
------------------	--	-----------	--

RČ		/		POJIŠŤOVNA	
----	--	---	--	------------	--

JMÉNO ZÁK. ZÁSTUPCE A KONTAKT	
-------------------------------	--

FORMULÁŘ VYPLŇTE PRAVDIVĚ A ZODPOVĚDNĚ - JDE O ZDRAVÍ VAŠICH DĚTÍ!

VŠECHNY DŮLEŽITÉ INFORMACE UVEĎTE PÍSEMNĚ DO TOHOTO DOTAZNÍKU - NESPOLÉHEJTE PROSÍM NA ÚSTNÍ DOHODU SE ZDRAVOTNÍKEM PŘI ODJEZDU, PŘI POČTU 20 DĚTÍ NENÍ V JEHO SILÁCH SI TAKTO PODANÉ INFORMACE PAMATOVAT. DĚKUJEME ZA POCHOPENÍ.

ALERGIE

<input type="checkbox"/> Prach	<input type="checkbox"/> Jiné	Vypište (na co, projevy, první pomoc):
<input type="checkbox"/> Roztoči		
<input type="checkbox"/> Bodnutí hmyzem		
<input type="checkbox"/> Květiny, trávy	Jaké:	

JINÉ ZDRAVOTNÍ POTÍŽE

<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale
Jiné	Jaké:

<input type="checkbox"/> Dobrý plavec	<input type="checkbox"/> Slabý plavec	<input type="checkbox"/> Neplavec
<input type="checkbox"/> Potvrzuji, že jsem dítě před odjezdem na tábor prohlédl(a), zda nemá vší nebo hnidy.*		

LÉKY

Přesný název	Na co	Kolik a jak často

! JINÁ DŮLEŽITÁ SDĚLENÍ - VYPIŠTE PROSÍM NA DRUHOU STRANU LISTU

Ve Vrchlabí dne		Podpis	
-----------------	--	--------	--

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlášení nesmí být starší než 1 den před odjezdem na tábor!

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil dítěti (výše psanému) změnu režimu, dítě nejeví známky akutního onemocnění (např. horečky nebo průjmu), a okresní hygienik ani ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření. Není mi též známo, že by ve 14 kalendářních dnech před odjezdem na tábor přišlo dítě do styku s fyzickou osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy. Jsem si vědom(a) právních následků, které by mne postihly, kdyby toto mé prohlášení bylo nepravdivé.

Ve Vrchlabí dne		Podpis	
-----------------	--	--------	--

*) Tuto rubriku zařazujeme do zdravotní karty na základě zkušeností z předchozích táborů, kdy jsme měli na táboře výskyt vší u dětí (zejména u těch, kteří se před naším táborem již účastnili jiného tábora). Prosíme rodiče o důkladnou prohlídku dětí, řešit výskyt vší na táboře je krajně nepříjemné a velmi to komplikuje to chod tábora.

POSUDEK LÉKAŘE

PŘEDEJTE ZDRAVOTNÍKOVI PŘI SRAZU

Tento posudek lékaře o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě odpovídá vzoru, který je jako příloha 3 součástí vyhlášky ministerstva zdravotnictví ČR č. 106/2001 Sb., o hygienických požadavcích na zotavovací akce pro děti.

Posudek má platnost 1 rok. Na Vaši žádost Vám bude po skončení tábora vrácen a lze jej použít pro účely jiných zotavovacích akcí.

POSUZOVANÉ DÍTĚ	PŘÍJMENÍ	
	JMÉNO	
	DATUM NAROZENÍ	
	RODNÉ ČÍSLO	/
	TRVALÉ BYDLIŠTĚ	

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 s omezením
-
-

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 zdravotnického zařízení