



Středisko volného času Hodonín, nám. B. Martinů 5, 695 03 Hodonín
Tel.725 341 590,591, e-mail: svc.hodonin@seznam.cz, www.svchodonin.cz

PRACOVISŤE:

STŘEDISKO VOLNÉHO ČASU HODONÍN, NÁM. B. MARTINŮ 2952ú5

ZÁVAZNÁ PŘIHLÁŠKA NA LETNÍ PŘÍMĚSTSKÝ TÁBOR

NÁZEV TÁBORA:

VŠECHNY BARVY TANCE 2024

TERMÍN:

5.-9. 8. 2024

MÍSTO KONÁNÍ:

SVČ HODONÍN, nám: B. Martinů 5

CENA:

2 400,-

VARIABILNÍ SYMBOL:

Účastník:

Jméno a příjmení:..... Stát.občanství.....

Dat narození:..... Rod. číslo:..... Kontakt na dítě:.....

Adresa trv. bydliště:..... PSČ:.....

Zdravotní pojišťovna:..... Škola ① MŠ ZŠ SŠ

Dítě je ① plavec - neplavec

Další informace, na které u svého dítěte upozorňujete:.....

Dítě bude odcházet každý den po skončení programu: samo - v doprovodu koho:

Kontakt na zákonného zástupce v době konání příměstského tábora:

Jméno a příjmení:.....

Adresa:..... Tel:..... e-mail:.....

Potvrzují, že údaje uvedené v přihlášce jsou pravdivé.

Údaje uvedené v přihlášce slouží pro registraci účastníků, pro výkon zdravotní péče na akci. S osobními údaji je nakládáno ve smyslu zákona 101/2000 sb. O ochraně osobních údajů. Shromážděná data jsou archivována na dobu nezbytně nutnou, určenou zákonem a po té skartována. Rodiče souhlasí s fotografováním, případně filmováním svého dítěte v rámci činnosti letního příměstského tábora, archivováním těchto materiálů a jejich použitím při prezentaci a propagaci organizace v médiích, tiskovinách, webových stránkách a to bez nároku na odměnu. Dokumentace musí splňovat zásady etiky a dobrých mravů.

① *nehodící se škrtněte*

V.....dne.....2024 ...

.....
podpis rodičů /zákonného zástupce/zástupců

ZDRAVOTNÍ POTVRZENÍ NA PŘÍMĚSTSKÝ TÁBOR

Název tábora

VŠECHNY BARVY TANCE 2024



V termínu:

Potvrzuji, že jmenovaný/ná:.....Rodné číslo:.....

Dat. narození:.....Pojišťovna:.....

Adresa trv. pobytu:.....PSČ.....

Jmenovaný/ná je schopen/na zúčastnit se výše uvedeného letního/ letního příměstského tábora:

Bez omezení

S tímto omezením:.....

.....

Výše uvedený/á je řádně očkovan/a:.. ..

Obdržel/a dne:.....sérum/druh/.....

Obdržel/a dne:.....sérum/druh/.....

Obdržel/a dne:.....sérum/druh/.....

Upozorňuji na alergii a jiné.....

.....

Trvale užívané léky:.....

.....

.....

Vdne.....2024...

.....
podpis a razítko lékaře

PROHLÁŠENÍ O BEZINFEKČNOSTI

Na letní/letní příměstský tábor / akci SVČ Hodonín

Jméno a příjmení účastníka:.....Rod.číslo:.....

Adresa trv.bydliště:.....PSČ.....

Prohlašuji, že dítěti, které je v mé trvalé péči nenařídil okresní hygienik ani ošetřující lékař karanténní opatření a nejeví známky akutního onemocnění. Prohlašuji, že mi není známo, že by se (dítě mně svěřené) stýkal/la/lo v posledních dvou týdnech s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí. Jsem si vědom/ma právních důsledků, které mě mohou postihnout, jestliže nebude toto prohlášení pravdivé. Účastník, nebo zákonný zástupce dítěte vyplní toto prohlášení **S DATEM NÁSTUPU NA AKCI !**

V.....dne.....2024....

.....
podpis rodičů / zákonného zástupce/ců