



## PŘIHLÁŠKA NA LETNÍ TÁBOR T-CAMP

---

**jméno a příjmení dítěte:** .....

**adresa:** .....

**datum narození:** .....

**mobil dítěte (má-li):** ..... **e-mail dítěte (má-li):** .....

**zdravotní pojišťovna:** ..... **úrazové pojištění: ano ne (vyznačte)**

Všichni účastníci našich táborů jsou úrazově pojištěni prostřednictvím České rady dětí a mládeže u pojišťovny Generali.

---

**jméno a příjmení rodičů:** .....

**mobilní telefon:** ..... **e-mail:** .....

**zaměstnavatel uhradí část nákladů na tábor: ano ne (vyznačte)**

**jméno a adresa zaměstnavatele:** .....

**IČ:** .....

.....  
**razítko a podpis**

Na základě přihlášky bude vystavena faktura, která vám bude zaslána e-mailem nebo poštou.

Pokud hradí část nákladů zaměstnavatel, bude mu faktura zaslána poštou.

Faktura musí být uhrazena nejpozději 1. 7. 2021.

Prohlášení rodičů:

Beru na vědomí, že v případě neúčasti dítěte na LT mi bude z ceny tábora odečtena částka na nejnutnější režijní náklady (bližší informace o stornopoplatcích najdete na [www.rdmkv.cz/tcamp](http://www.rdmkv.cz/tcamp)).

Zároveň souhlasím s tím, že mé dítě nemusí být přijato na tábor, pokud v den odjezdu nebude mít zaplacen účastnický poplatek, nebo bude zjištěn některý ze zdravotních nebo hygienických problémů.

.....  
**podpis rodičů**

**NEDÍLNOU SOUČÁSTÍ PŘIHLÁŠKY JE POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI VYPLNĚNÝ LÉKAŘEM.**

**SPOLU S PŘIHLÁŠKOU ZAŠLETE MOTIVAČNÍ DOPIS O TOM, PROČ SE CHCETE ZÚČASTNIT TÁBORA.**

---

**přihlášku zašlete na adresu:**

**Rada dětí a mládeže kraje Vysočina, Františka Hrubína 753, Třebíč, 674 01**

**Kontaktní údaje: 605 190 633, e-mail: [info@rdmkv.cz](mailto:info@rdmkv.cz), [www.rdmkv.cz/tcamp](http://www.rdmkv.cz/tcamp), IČ: 265 24 783**

Veškeré informace uvedené na přihlášce slouží pouze pro vnitřní potřebu organizátora a nebudou poskytnuty třetím osobám.

**POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE  
K ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍ AKCI A ŠKOLE V PŘÍRODĚ**

Evidenční číslo posudku:

1. Identifikační údaje

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek:

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele:

IČO:

Jméno, popřípadě jména, a příjmení posuzovaného dítěte:

Datum narození posuzovaného dítěte:

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného bydliště na území České republiky posuzovaného dítěte:

2. Účel vydání posudku

3. Posudkový závěr

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\*)\*\*)

B) Posuzované 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):

Poznámka:

\*) Nehodící se škrtněte.

\*\*\*) Bylo-li zjištěno, že posuzované dítě je zdravotně způsobilé s omezením, uveďte se omezení podmiňující zdravotní způsobilost k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě.

#### 4. Poučení

Proti bodu 3. části A) tohoto posudku lze podle § 46 odst. 1 zákona č. [373/2011 Sb.](#), o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, podat návrh na jeho přezkoumání do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání poskytovatelem zdravotních služeb, který posudek vydal. Návrh na přezkoumání lékařského posudku nemá odkladný účinek, jestliže z jeho závěru vyplývá, že posuzovaná osoba je pro účel, pro nějž byla posuzována, zdravotně nezpůsobilá nebo zdravotně způsobilá s podmínkou.

#### 5. Oprávněná osoba

Jméno, popřípadě jména, a příjmení oprávněné osoby:  
Vztah k posuzovanému dítěti (zákonný zástupce, opatrovník, pěstoun popř. další příbuzný dítěte):  
Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne:

.....  
Podpis oprávněné osoby

.....  
Datum vydání posudku

.....  
Jméno, příjmení a podpis lékaře  
razítko poskytovatele zdravotních služeb