**ZÁVAZNÁ PŘIHLÁŠKA NA** **LETNÍ TÁBOR**

Pořadatel: Pionýr z. s. – 143. Pionýrská skupina Jana Nerudy

 Pod Barvířkou 610, Praha 5, 15000

 Oddíl Třináctka

Termín konání: **12. 8. 2017 – 27. 8. 2017**

Tímto závazně přihlašuji na letní pionýrský tábor:

Jméno a příjmení:…………………………………………………………………………………..

Datum narození:………………………………………..

Adresa:………………………………………………………………………..PSČ:………………

Zákonný zástupce:…………………………………………………………………………………

Adresa a telefonické spojení na zákonného zástupce………………………………………….…

………………………………………………………………………………………………….…

Zdravotní a výchovné problémy dítěte:……………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………..…

Na LT nebyl – byl v letech:……………………………………………………………………..…

Dítě navštěvuje:……….třídu

Další informace a materiály o táboře si přeji zasílat:

 emailem na adresu: …………………………………………………………………….…

 poštou

Provozovatel stvrzuje, že s uvedenými osobními daty bude nakládáno ve smyslu zákona 101/2000 Sb. a interních předpisů sdružení Pionýr.

**Potvrzení správnosti osobních údajů a souhlas s jejich nakládáním**

Potvrzuji správnost údajů uvedených v přihlášce a dávám tímto souhlas, aby sdružení Pionýr se sídlem Senovážné náměstí 977/24, Praha 1 jako správce prostřednictvím svých organizačních jednotek zpracovávalo v souladu se zákonem 101/2000 Sb. mé osobní údaje resp. údaje dítěte, jehož jsme zákonným zástupcem.

Správce prostřednictvím svých zpracovatelů je oprávněn zpracovávat tyto údaje v rozsahu, nutném pro svou činnost, při činnostech vyplývajících ze Statutu sdružení Pionýr.

Souhlas uděluji do písemného odvolání, případně do doby jednoho roku po ukončení mé činnosti resp. činnosti dítěte, jehož jsme zákonným zástupcem, ve sdružení Pionýr. Poté správce prostřednictvím zpracovatele nejpozději do jednoho roku údaje zlikviduje.

Datum:

 **………………………………………………………….**

 **Podpis přihlášeného resp. zákonného zástupce**

**POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE**

**K ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍ AKCI A ŠKOLE V PŘÍRODĚ**

Evidenční číslo posudku:

***1. Identifikační údaje***

Název poskytovatele zdravotnických 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 za podmínky (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, uvede se omezení podmiňující zdravotní stav způsobilosti 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 zdravotnických 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 a příjmení oprávněné osoby:

Vztah k posuzovanému dítěti:

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne:

**……………………………………**

 **Podpis oprávněné osoby**

**…………………………………… ……………………………………**

 **Datum vydání posudku Jméno, příjmení a podpis lékaře**

 **razítko poskytovatele zdravotních služeb**