

ZÁVAZNÁ PŘIHLÁŠKA

na tuzemský rekondiční pobyt Českého červeného kříže

organizovaný pro děti s chronickým onemocněním

Místo pobytu: LT Zálesí u Mladých Bříšť

Termín: 20....

Diagnóza: alergie, astma bronchiale, atopický ekzém

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození: Místo narození:

Rodné číslo: Zdravotní pojišťovna:

Bydliště:

Zákonný zástupce:

Telefon: Email:

Svým podpisem stvrzuji, že souhlasím s podmínkami pobytu a čestně prohlašuji, že mé dítě tímto pobytem nepřekračuje 21 dotovaných dnů.

Souhlasím se zpracováním osobních údajů dle zákona o ochraně osobních údajů. Prohlašuji, že si nejsem vědom(a) žádných skutečností, které by bránily účasti jmenovaného dítěte na uvedeném rekondičním pobytu.

V dne

.....
podpis zákonného zástupce

POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI NA REKONDIČNÍM POBYTU ČČK

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození: Místo narození:

Rodné číslo: Zdravotní pojišťovna:

Bydliště:

Část A)

Dítě k účasti na rekondičním pobytu zdravotně způsobilé (vyznačte)

je není je s omezením:

Část B)

Dítě:

- se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ano ne
- je imunní proti nákaze (jaké)
- má trvalou kontraindikaci proti očkování (jakému)
- je alergické na
- dlouhodobě užívá léky (název, kdy, dávkování)
-
- další důležité informace

V dne 20....

podpis a razítko lékaře

Poučení:

Posudek je platný 12 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

Proti části A) tohoto posudku je možno podat podle ustanovení § 77 odst. 2 zákona č. 20/1966Sb., 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.

POTVRZENÍ ODBORNÉHO LÉKAŘE A DOPORUČENÍ REKONDIČNÍHO POBYTU

Potvrzuji, že dítě:

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození: Místo narození:

Rodné číslo: Zdravotní pojišťovna:

Bydliště:

je (vyznačte)

zdravotně postižené

chronicky nemocné

s diagnózou:

.....
Dítě je v dlouhodobé evidenci odborného lékaře (uved'te odbornost) a může se zúčastnit rekondičního pobytu Českého červeného kříže, který je se souhlasem Ministerstva zdravotnictví ČR organizován pro výše uvedenou diagnózu.

Dítěti účast na rekondičním pobytu pro uvedenou diagnózu:

doporučuji

nedoporučuji

V dne 20...

.....
podpis a razítko lékaře

Poučení:

Potvrzení a doporučení je platné v daný kalendářní rok, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti nebo vyřazení dítěte z evidence odborného lékaře.

PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ DÍTĚTE

Prohlašuji, že dítě, nar.....,

bydlištěm.....,

nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teplota, kašel apod.) a orgán ochrany veřejného zdraví ani ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření. Není mi též známo, že v posledních dvou týdnech přišlo toto dítě do styku s osobami, které onemocněly infekční nemocí.

Dítě je schopno zúčastnit se LRT ČČK od do

Jsem si vědom(-a) právních následků, které by mě postihly, kdyby toto moje prohlášení bylo nepravdivé.

V, dne

.....
Podpis zákonného zástupce
výše jmenovaného dítěte

Adresy zákonných zástupců dítěte, či jiných k péči o dítě pověřených osob, dosažitelných v době konání LRT

Od do jméno a příjmení:,

adresa: telefon:

Od do jméno a příjmení:,

adresa: telefon:

Upozornění zákonných zástupců dítěte

Upozorňuji u svého dítěte na

alergie na

Současně sděluji, že mi je známo, že každý účastník LRT podléhá pobytovému řádu a podrobuje se všem pokynům vedoucích. Nedodržení uvedených pravidel může být potrestáno i vyloučením z akce.

.....
Podpis zákonného zástupce
výše jmenovaného dítěte

Pokyny

1. **Přihlášku** zašlete nejpozději do 31.5. na naši : Úřad OS ČČK
Táborská 1813
393 01 Pelhřimov
2. **Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na rekondičním pobytu ČČK** necháte potvrdit u ošetřujícího dětského lékaře a poté předáte odbornému lékaři (alergolog nebo kožní lékař).
3. **Potvrzení odborného lékaře a doporučení rekondičního pobytu** je nutné. Bez doporučení odborného lékaře nebude Vaše dítě k pobytu přijato.
4. **Prohlášení zákonných zástupců** – předáte v den nástupu dítěte na pobyt, uveďte datum nástupu.
5. **Úhrada** : Rodiče uhradí za dítě spoluúčast ve výši 3.100,- Kč nejpozději do 30.června. Platbu provedete hotově pokladnou nebo bankovním převodem na základě vystavené faktury.
6. **Nástup** do LT Zálesí u Mladých Bříšť : v pondělí mezi 15 a 16 hodinou.

Při nástupu dítěte odevzdáte :

- vyplněné prohlášení zákonných zástupců dítěte
léky, které dítě pravidelně užívá (v dostatečném množství)

7. Vybavení dětí:

- 2 ručníky, kapesníky, kartáček a pasta na zuby, mýdlo, šampon
krém na opalování, pokrývka hlavy, sluneční brýle
spodní prádlo, ponožky, plavky, trička, šortky, tepláky, mikiny, teplé oblečení pro případ chladného počasí
nepromokavou bundu nebo pláštěnku, holinky nebo jinou obuv do deště
tenisky, pantofle nebo bačkory na pokoj, chatku
baterku, malý batoh na výlety, kolíčky na prádlo,
drobné společenské hry, knihu, hudební nástroj (kytaru, flétnu)
drobné kapesné

8. **Návštěvy** itěte jsou povoleny denně:
- ve všední dny nejlépe od 18,30 do 20,00 hod
 - v sobotu a v neděli od 13 do 20 hod
- Termíny celodenního výletu oznámíme při nástupu.