

Prohlášení odpovědnosti za škody

Prohlašuji, že beru na vědomí odpovědnost za škody, které prokazatelně způsobí moje dítě v době trvání letního příměstského tábora (dále jen LPT). V případě finančních nákladů na opravu takto poškozeného majetku se zavazuji tuto škodu uhradit.

Prohlašuji, že jsem byl(a) seznámen(a) s odpovědností za škody.

.....
podpis zákonného zástupce

LPT je plně hrazen z projektu "Implementace dlouhodobého záměru – Ústecký kraj – Otevřené kluby", registrační číslo projektu: CZ.02.02.XX/00/23_018/0009177.

Upozorňujeme ale na úhradu vratné zálohy ve výši 500 Kč, která je splatná nejpozději do 30. 6. 2026. Důvodem je nákup služeb v předstihu (jízdné, vstupné atd.). Pokud se účastník, bez řádné omluvy, nedostaví na LPT, tak tato vratná záloha propadá.

SOUHLAS ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ (LETNÍ DĚTSKÉ TÁBORY/ZOTAVOVACÍ AKCE/PŘÍMĚSTSKÉ TÁBORY)	
Dávám výslovný souhlas ke zpracování osobních údajů mého dítěte, které obsahují níže uvedené doklady, a to pro účel organizování letního příměstského tábora.	
Jsem si vědom(a) zdravotního stavu svého syna (dcery) a při nástupu na LPT odevzdám hlavnímu vedoucímu/zdravotníkovi LPT: - průkaz zdravotní pojišťovny (postačující je fotokopie), - prohlášení zákonných zástupců dítěte (nejeví známky akutního onemocnění, nepřišel do styku s infekčním onemocněním vč. COVID-19, není nařízeno karanténní opatření apod.). - bezinfekčnost - případné informace o změně zdravotní způsobilosti, zdravotních obtížích dítěte nebo jiných závažných skutečnostech, které by mohly mít vliv na průběh či účast na LPT, - informace o osobních lécích syna (dcery).	
Datum a podpis zákonného zástupce žáka	

Jméno a příjmení dítěte:

12. letní příměstský tábor

Upozornění rodičů zdravotníkovi LPT

Hlavnímu vedoucímu/zdravotníkovi LPT sděluji, že dítě prodělalo tyto vážnější nemoci (uvedte onemocnění, rok a případné omezení):

.....

.....

Dítě užívá tyto léky (včetně dávkování):

.....

.....

Dítě má alergii na:

Speciální potřeby dítěte (poruchy pozornosti – ADD, ADHD, atd.) :

.....

Souhlasím s tím, že zdravotník LPT, v případě potřeby, bude podávat léky mému dítěti.

Pokud bude nutné ošetření dítěte u lékaře (případně hospitalizace v nemocnici), souhlasím s jeho ošetřením (zdravotník LPT mě bude o této skutečnosti bezodkladně informovat).

Plavec: ano ne *)

Dítě může po skončení denní akce jít samo domů: ano ne *)

*) nehodící se škrtněte

Hlavnímu vedoucímu/zdravotníkovi LPT sděluji, že před příchodem na LPT u svého dítěte provedu prohlídku hlavy z důvodu vyloučení možného výskytu vší.

Dne podpis zákonného zástupce

Jméno a příjmení dítěte:

12. letní příměstský tábor