

## List účastníka

Jméno a příjmení dítěte : \_\_\_\_\_

Rodné číslo : \_\_\_\_\_ Zdravotní pojišťovna : \_\_\_\_\_

Bydliště : \_\_\_\_\_

Tel. domů : \_\_\_\_\_ Tel. do zam. : \_\_\_\_\_

Uveďte i jiný tel. kontakt pro případ, že se v termínu tábora nebudete zdržovat na těchto telefonech!

E-mailová adresa : \_\_\_\_\_

Uveďte jakoukoliv adresu, kam Vám můžeme posílat zprávy a další informace o pobytu!

### **Prohlášení rodičů**

**Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil dítěti změnu režimu, dítě nejeví známky akutního onemocnění (průjem, chřipka a pod.) a okresní hygienik ani ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření. Není mi též známo, že by v posledních dvou týdnech přišlo toto dítě do styku s osobami, které onemocněly přenosnou chorobou.**

Dítě je schopno účastnit se letního rekondičního pobytu v rekreačním středisku OS KOVO v Zubří u Nového Města na Moravě, který se koná v termínu od 16. do 30.7.2011.

*Souhlasím se zpracováním svých osobních údajů a údajů o zdravotním stavu dítěte pro potřeby tohoto rekondičního pobytu ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb. O ochraně osobních údajů v platném znění.*

*Potvrzuji, že jsem si vědom(a), že mohu na jedno dítě čerpat dotaci maximálně na 21 dnů za jeden rok od jednoho ministerstva.*

*Souhlasím s tím, že případný přeplatek poukázané částky bude použit jako mimořádný příspěvek na provozní náklady Klubu celiakie Brno.*

Potvrzuji, že veškeré údaje uvedené na přihlášce a ve zdravotní zprávě jsou pravdivé a úplné a jsem si vědom(a) právních následků, které by mě postihly, kdyby toto mé prohlášení bylo nepravdivé.

Dítě je\* : dobrý plavec – průměrný plavec – neplavec

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_ 2011

\_\_\_\_\_  
podpisy rodičů

U svého dítěte upozorňuji na následující zdravotní problémy :

Je alergické na lepek\* \_\_\_\_\_ ANO NE

Je alergické na mléčný cukr – laktózu\* \_\_\_\_\_ ANO NE  
*zakysané výrobky může*

Je alergické na bílkovinu kravského mléka – kasein\* \_\_\_\_\_ ANO NE  
*nesmí nic z kravského mléka*

Je alergické na jiné potraviny, jaké : \_\_\_\_\_

Je alergické na léky : \_\_\_\_\_

Používá následující léky (popište podrobně způsob užívání) : \_\_\_\_\_

Má jiné zdravotní omezení : \_\_\_\_\_

\* Nehodící se škrtněte

