



# KORYČANY

**letní sportovní pobyt 6.8. – 13. 8. 2017 (extra sportovní – kola)**

## Informace k odjezdu

**Seznam věcí:** 5x tričko krátký rukáv, 3x tričko dlouhý rukáv, 2x mikina, 1x tepláková souprava, 2x tepláky, 3x kraťasy, pyžamo, kšiltovka – NUTNÁ !! ,7x spodní prádlo, 7x ponožky, věci na cvičení , pevná obuv, tenisky, přezůvky, plavky, šustáková bunda, šátek, oblečení do budovy. Kostým na téma HRA BAREV nebo staré oblečení, které můžeme použít na jeho výrobu. **NUTNÉ:** 1X čistě bílé tričko ve své velikosti – budeme tisknout táborové logo a následně s ním pracovat dále, pak prosíme o další barevná trička – budeme každý den střídat jinou barvu dne, HELMA na kolo (včetně pořádné seřízeného kola)

**Toaletní potřeby:** mýdlo, kartáček na zuby, pasta, hřeben, 1x menší ručník, 1x větší ručník, kapesníky, opalovací krém, přípravek proti klíšťatům.

**Další:** nůžky-ostře, skicák 10 listů, fixy, pastelky, lepidlo, kapesné maximálně 400 Kč (v případě návštěvy koupaliště – vstupné 20 Kč/den, tzn. cca 9x VSTUP), baterku, provázek, tempery, karty, pexeso, blok na malování (věci prosím nekupujte nové, stačí použité ze školy). **Dále:** vodovky, provázek, lepicí pásku, gumu 2-3m,

**Do batůžku:** pláštěnku, láhev s pitím – kterou budou děti používat, když půjdeme na výlety, svačinu, přezůvky.

Na cestu oblečení podle počasí.

V případě nevolnosti kinedryl i na cestu zpět! VŠICHNI 3x igelitový sáček pro případ nevolnosti!

Prosíme nedávejte dětem cenné věci, neručíme za ně. Věci označte.

**ZÁKAZ MOBILNÍCH TELEFONŮ!!! V případě porušení bude mobil zabaven a vydán na konci pobytu.!!**

V případě nutnosti volat na tel:

**MARTINA KONEČÁ 608 806020.**

**ADAM KONEČNÝ 733 643333.**

**ODJEZD: 6. 8. v 10:00 hod z parkoviště naproti konečné šaliny č. 12.**

**PŘÍJEZD BUDE JEŠTĚ PŘESNĚ UPŘESNĚN – zařizujeme odvoz kol. Vše Vám dojde do emailu dostatečně brzo dopředu.**

**Při odjezdu:** V podepsané obálce s tel. kontakty bude potvrzení o **bezinfekčnosti**, podepsané v den odjezdu. **Kopie kartičky ZP. Zdravotní prohlášení od lékaře o způsobilosti dítěte zúčastnit se sportovního pobytu. Léky s dávkováním.**

Malým dětem přiložte do této obálky napsané pohledy na první 2-3 dny. Děkujeme

**ADRESA TÁBORA:** Letní dětský tábor – Koryčany

Penzion U Klokana, PSČ: 768 05, KORYČANY



**!! TENTO LIST ÚČASTNÍKA ODEVZDEJTE PŘI NÁSTUPU NA TÁBOR !!**

---

**PROHLÁŠENÍ O BEZINFEKČNOSTI**

Prohlašuji, že okresní hygienik ani ošetřující lékař nenařídil dítěti.....

Datum narození ..... Bytem .....

Karanténní opatření (zvýšený zdravotní dohled), a že mi není známo, že v posledních 3 týdnech přišlo dítě do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí. Jsem si vědom(a) o právních následcích, které by mě postihly, kdyby toto mé prohlášení nebylo pravdivé. Potvrzení musí být potvrzeno v den nástupu na pobyt.

V .....dne.....

čitelný podpis.....

---



**!! TENTO LIST ÚČASTNÍKA ODEVZDEJTE PŘI NÁSTUPU NA TÁBOR !!**

## **A. PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE**

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil dítěti \_\_\_\_\_ narozenému \_\_\_\_\_ bytem \_\_\_\_\_ změnu režimu, dítě nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teplota apod.) a okresní hygienik ani ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření. Není mi též známo, že by v průběhu posledního měsíce přišlo dítě do styku s osobami, které onemocněly infekční nemocí.

Prohlašuji, že dítě netrpí nemocí nebo skrytou vadou, která by bránila nebo omezovala v provozování běžné sportovní činnosti a turistiky na táboře.

Jsem si vědom(a) právních důsledků, které by mne postihly, kdyby toto prohlášení nebylo pravdivé.

## **B. UPOZORNĚNÍ**

U svého dítěte upozorňuji na: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Alergie: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Užívané léky (+dávkování): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Jiná sdělení: \_\_\_\_\_

Dítě prodělalo planné neštovice: ANO - NE

Tetanus: poslední očkování v roce \_\_\_\_\_

Dítě je:

- neplavec
- začínající plavec
- dobrý plavec (uplave \_\_\_\_\_ metrů)

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_ 2017

(datum nástupu do tábora)

\_\_\_\_\_  
podpis zákonného zástupce



**!! TENTO LIST ÚČASTNÍKA ODEVZDEJTE PŘI NÁSTUPU NA TÁBOR !!**

### **C. VYJÁDŘENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE**

Pro účast dítěte je nezbytné vyjádření ošetřujícího lékaře, který posoudí zdravotní stav dítěte a jeho způsobilost zúčastnit se tábora. Toto potvrzení nesmí být starší než 12 měsíců před nástupem do tábora.

#### **VYJÁDŘENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE**

Jméno dítěte: \_\_\_\_\_ nar. \_\_\_\_\_

Prodělané nemoci a vážné úrazy, alergie a jiná závažná onemocnění:

Potvrzuji, že dítě prodělalo řádné očkování.  
Dítě je zdravé a schopné účasti na dětském táboře.

\_\_\_\_\_ datum

\_\_\_\_\_ razítko a podpis lékaře

### **D. TELEFONICKÉ SPOJENÍ BĚHEM TÁBORA**

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**!! TENTO LIST ÚČASTNÍKA ODEVZDEJTE PŘI NÁSTUPU NA TÁBOR !!**

### **E. PRŮKAZ POJIŠTĚNCE**

**Na toto místo nalepte kopii  
PRŮKAZU POJIŠTĚNCE  
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY**

### **F. SOUHLAS ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ S OŠETŘENÍM NEZLETILÉ OSOBY**

Jméno a příjmení nezletilé osoby: \_\_\_\_\_

Bydliště: \_\_\_\_\_

Datum narození : \_\_\_\_\_ zdravotní pojišťovna: \_\_\_\_\_

- v souladu s ustanovením §35 zákona 372/2011 Sb. V platném znění o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování jako zákonní zástupci nezletilé osoby **souhlasíme s poskytnutím zdravotnických služeb**, které jdou nad rámec § 38, odst. 1, písm. c) a odst. 4, písm. b), tedy poskytnutí nezbytné péče k záchraně života nebo zamezení vážného poškození zdraví, poskytnutí neodkladné péče první pomoci, nezbytně nutná hospitalizace se související zdravotní péčí apod.
- tento souhlas je uložen u zdravotníka letního tábora a je platný po dobu trvání tábora
- současně jako zákonní zástupci výše uvedené nezletilé osoby požadujeme bezodkladnou informaci v případě jakéhokoliv použití tohoto souhlasu na níže uvedené kontakty.

Název akce: **letní sportovní tábor – KORYČANY 2017**

Termín konání: \_\_\_\_\_



**!! TENTO LIST ÚČASTNÍKA ODEVZDEJTE PŘI NÁSTUPU NA TÁBOR !!**

Současně jako zákonní zástupci sdělujeme pro případ jakéhokoliv dalšího potřebného kontaktu s poskytovatelem zdravotnických služeb tyto kontakty:

- zákonný zástupce (matka): tel. \_\_\_\_\_
- zákonný zástupce (otec): tel. \_\_\_\_\_

Datum udělení souhlasu: \_\_\_\_\_

podpis zákonného zástupce

podpis zákonného zástupce