### List účastníka (strana 1)

*(****vzít s sebou na sraz*** *a odevzdat zdravotníkovi)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

Jméno a příjmení dítěte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Prohlášení rodiče, popř. zákonného zástupce

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dítě je schopno zúčastnit se tábora konanéhood | **29.6.** | do | **13.7. 2019** | Ve | Valtínově |

**Jsem si vědom(a) právních následků, které by mě postihly, kdyby toto prohlášení nebylo pravdivé.**

Spojení na rodiče, zákonné zástupce (jiné příbuzné osoby apod.) po dobu pobytu dítěte na táboře:

1. Příjmení a jméno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **mobil** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Příjmení a jméno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **mobil** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Příjmení a jméno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **mobil** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**U svého dítěte upozorňuji na** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Alergie na** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Používá léky (dávkování)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dítě je:

**dobrý plavec+) – plavec+) – neplavec+)**

V(e) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne 29. 6. 2019 \*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*) *uveďte datum nástupu dítěte na LT* Podpis zákonného zástupce

+) nehodící se škrtněte

**List účastníka (strana 2)**

*(nepovinná část)*

*(****vzít s sebou na sraz*** *a odevzdat zdravotníkovi)*

Na základě zkušeností z předchozích táborů si dovolujeme Vás poprosit o případné sdělení určitých skutečností, které nastaly v období předcházejícímu tábora. Ve většině případů se jedná o události soukromého až intimního rázu, se kterými se každý z nás vyrovnává po svém, dítě však většinou hůře. Může se jednat např. o ztrátu osoby Vašemu dítěti blízké (úmrtí v rodině, rozvod rodičů, smrt domácího mazlíčka apod.), , strach ze tmy, psychické potíže i spojené např. s potížemi týkajících se vylučování. Budeme-li o nějakém pro Vaše dítě citlivém tématu vědět dopředu, můžeme se při navazování kontaktů vyvarovat hovoru o něm. Zároveň Vás prosíme, abyste oznámení takové smutné události, která nastane v průběhu pobytu dítěte na táboře, nechali až po příjezdu dítěte zpět do svého prostředí. Věřte, prosím, že nám nejde o nic jiného než o bezproblémový pobyt dětí na táboře, na starosti je dost času ve školním roce. K prázdninám starosti nepatří.

Víme, že i tyto nepříjemnosti k životu, ať chceme nebo ne, prostě patří. Nicméně nedokážeme je na táboře řešit tak, jak by si zasloužily. Samozřejmostí je, že vše zůstává na Vás, Vaší odpovědnosti a empatii. Děkujeme za pochopení.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍ AKCI

*(ORIGINÁL POTVRZENÍ* ***vzít s sebou na sraz*** *a odevzdat zdravotníkovi)*

Evidenční číslo posudku:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa poskytovatele:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IČO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jméno a příjmení posuzovaného dítěte:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa trvalého pobytu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Účel vydání posudku:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Část A) Posuzované dítě k účasti na zotavovací akci**

a) je zdravotně způsobilé \*)

b) není zdravotně způsobilé \*)

c) je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením) \*\*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Část 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) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jméno a příjmení oprávněné osoby:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vztah k posuzovanému dítěti

(zákonný zástupce, opatrovník, atd.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ podpis oprávněné osoby

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

datum vydání posudku razítko a podpis lékaře

\*) Nehodící škrkněte

\*\*) Bylo-li zjištěno, že posuzované dítě je zdravotně způsobilé s omezením, uvede se omezení podmiňující zdravotní způsobilost k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě.

Poučení: Proti 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 zdravotních 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.

## Souhlas rodičů se zákazem mobilního telefonu na táboře

*(****vzít s sebou na sraz*** *a odevzdat zdravotníkovi)*

Jako organizátoři této akce jsme se rozhodli pro zákaz mobilních telefonů.

Prosím, nedávejte Vašemu dítěti mobilní telefon na náš tábor. Máme zkušenosti, že pokud dítě s sebou telefon má, řeší i malé spory rovnou s rodiči a personál, který by potíže řešil ihned na táboře, se tedy vše dozví většinou až s velkým časovým odstupem. Navíc nejsme kapacitně vybaveni tak, aby bylo možné pravidelné dobíjení takového množství mobilních telefonů.

Pro zjištění jakýchkoliv informací je Vám k dispozici naše zdravotnice paní Dana Krupicová (tel. 775 775 204), která ráda zodpoví Vaše dotazy. Po domluvě s ní je také možné, v předem dohodnutou dobu, zprostředkovat s Vaším dítětem telefonický kontakt.

Děkujeme za pochopení.

Jméno dítěte:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

V(e) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne 29.6.2019 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis zákonného zástupce

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Souhlas s převzetím dítěte cizí osobou**

V případě, že si Vaše dítě na srazu při příjezdu v sobotu 13.7.2019 nemůžete vyzvednout osobně, jako jeho zákonný zástupce, je třeba udělit písemně souhlas s převzetím dítěte osobě, které je možné dítě předat. Děkujeme za pochopení.

Já \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ jako zákonný zástupce dítěte

Jméno a příjmení dítěte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bydliště: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

uděluji souhlas s převzetím dítěte osobě:

Jméno a příjmení osoby, která dítě převezme: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

V(e) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis zákonného zástupce

**SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ**

*v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 O ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (dále jen „Nařízení“)*

Souhlasím, aby na základě čl. 6 odst. 1, písm. a) Nařízení Správce, tj. Pionýr, z.s. – 85. pionýrská skupina Letka, Dědická 17, 627 00 Brno, IČO: 44992921 (zmíněný hlavní i pobočný spolek) zpracoval osobní údaje dítěte, jehož jsem zákonným zástupcem, opatrovníkem (dále jen „dítě“), a to fotografie, videa a zvukové záznamy,

za účelem

* marketingu (zejména v propagačních materiálech správce),
* prezentace na webu Správce,
* prezentace prostřednictvím sociálních sítích (např. Facebook, Instagram, Rajče, apod.),
* prezentace ve výroční zprávě a dalších informačních materiálech.
* vedení evidence akcí hlavního i pobočného spolku a s tím souvisejícími činnostmi (např. žádosti o dotace, vyřizování pojištění apod.).

Dále souhlasím, aby Správce zpracoval i mé osobní údaje, a to:

* jméno a příjmení
* telefonní číslo,
* e-mail,

za účelem přímého marketingu (zasílání sdělení, propagace akcí Správce např. letní a příměstský tábor, oddílová akce, výlet, účast správce na akcích pořádaných radnicí v místě sídla Správce, apod.).

Souhlasím, aby osobní údaje dítěte, jehož jsem zákonným zástupcem nebo opatrovníkem i mé osobní údaje byly zpracovávány a uchovávány po dobu 10 let.

Vezměte, prosíme, na vědomí, že podle Nařízení máte právo:

* vzít souhlas kdykoliv zpět,
* požadovat po nás informaci, jaké vaše osobní údaje zpracováváme, žádat si kopii těchto údajů,
* vyžádat si u nás přístup k těmto údajům a tyto nechat aktualizovat nebo opravit, popřípadě požadovat omezení zpracování,
* požadovat po nás výmaz těchto osobních údajů,
* na přenositelnost údajů,
* podat stížnost u Úřadu pro ochranu osobních údajů nebo se obrátit na soud.

S výše uvedeným zpracováním udělujete svůj výslovný souhlas. Poskytnutí osobních údajů je dobrovolné. Souhlas lze vzít kdykoliv zpět, a to například zasláním emailu nebo dopisu na kontaktní údaje společnosti Pionýr z.s. - 85. PS LETKA, Dědická 17, 627 00 Brno, email: 85.psletka@seznam.cz

V(e) …………………........ dne …………………………..

Jméno dítěte: …………………………………………………………………

Jméno zákonného zástupce:…………………………………………………………………………

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis