

PŘIHLÁŠKA

AKTIVNĚ SPORTOVNÍ PŘÍMĚSTSKÝ TÁBOR PRO DĚTI
(SK SQUASH SPORT ČIMICE,z.s., Čimická 780/61, 181 00, Praha 8

Kontaktní osoba: Magdaléna Janečková,
tel.: +420 606 592 762, e-mail: cimice@squash-sport.cz)

DÍTĚ:

Jméno a příjmení

Datum narození/RČ

Adresa bydliště

Telefon (mobil)

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE:

Jméno a příjmení

Telefon (mobil)

E-mail

Adresa bydliště

(nevyplňujte, neliší-li se od adresy dítěte)

TERMÍN:

24.07. - 28.07.2017

31.07. - 04.08.2017

07.08. - 11.08.2017

28.08. - 01.09.2017

INDIVIDUÁLNÍ DNY BĚHEM VŠECH TURNUSŮ; DATA:

(neúčastní-li se dítě celého turnusu)

PLATEBNÍ PODMÍNKY

CENA:

- 2490,- základní cena
- 2290,- pro druhého a dalšího sourozence (první dítě hradí základní cenu); pro účastníky z loňských turnusů
- 2090,- děti zapsané do více turnusů (platné pro každý termín) a děti ze SQUASHOVÉ ŠKOLY ČIMICE
- 600,-/den; počet dní: _____
(neúčastní-li se dítě celého turnusu)

Přihlášky a platba do 30.06.2017:

- Řádně vyplněná přihláška
- Prohlášení zákonného zástupce
- Plná moc k lékařskému ošetření či hospitalizaci dítěte v nemocnici
- Kopie kartičky pojišťovny
- Hotově nebo převodem na účet č.: 2301069545/2010, jako variabilní symbol uveďte RČ dítěte bez lomítka

STORNO

V případě odhlášení dítěte z tábora vracíme:

- a) 0-7 dní před zahájením turnusu = 0%
- b) 8-14 dní před zahájením turnusu = 50% z celkové částky
- c) 15-21 dní před zahájením turnusu = 100% z celkové částky

Datum:

Podpis

Prohlášení zákonného zástupce

Jméno a příjmení dítěte:

Rodné číslo:

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

Kontaktní telefon:

Adresa trvalého bydliště:

PROHLAŠUJI, ŽE DÍTĚ JE ÚPLNĚ ZDRAVÉ, V RODINĚ ANI V MÍSTĚ, Z NĚHOŽ NASTUPUJE NA AKTIVNĚ SPORTOVNÍ PŘÍMĚSTSKÝ TÁBOR, NENÍ ŽÁDNÁ INFEKČNÍ CHOROBA A OKRESNÍ HYGIENIK ANI OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘ NENAŘÍDIL DÍTĚTI KARANTÉNNÍ OPATŘENÍ, ZVÝŠENÝ ZDRAVOTNICKÝ NEBO LÉKAŘSKÝ DOHLED. JSEM SI VĚDOM/A PRÁVNÍCH A FINANČNÍCH DŮSLEDKŮ, KTERÉ BY PRO MNE VYPLYNULY, KDYBY Z NEPRAVDIVÝCH ÚDAJŮ TOHOTO PROHLÁŠENÍ VZNIKLO ZDRAVOTNÍ OHROŽENÍ DĚTSKÉHO KOLEKTIVU.

U svého dítěte upozorňuji na:

Užívá tyto léky:

Souhlasím s účastí svého dítěte na Aktivně sportovním příměstském táboře ve Squash Sportu v Čimicích.

Datum

.....

Podpis zákonného zástupce

.....

PLNÁ MOC K LÉKAŘSKÉMU OŠETŘENÍ ČI HOSPITALIZACI DÍTĚTE V NEMOCNICI

Jméno a příjmení nezl. dítěte:

RČ:

Bydliště :

Já, níže podepsaný(á) rodič (zákonný zástupce):

Jméno a příjmení:nar:

Bydliště (liší-li se od bydliště dítěte).....

zmocňuji paní – hlavní vedoucí Aktivně sportovního příměstského tábora pro děti 2017 -
Magdalénu Janečkovou, nar.: 20.4.1986 v Praze, trvale bytem: Ouholická 438/5, 18100 Praha
8, konaného ve dnech (označte křížkem vhodný termín):

- 24.07. - 28.07.2017
- 31.07. - 04.08.2017
- 07.08. - 11.08.2017
- 28.08. . 01.09.2017

v místě Squash Sport, Čimická 780/61, 18100, Praha 8 – Čimice.

k mému zastupování v rozsahu všech práv a povinností v souvislosti s poskytováním
zdravotních služeb shora uvedenému nezl. dítěti dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních
službách (dále jen zákon), zejména aby obdržel(a) informace o zdravotním stavu shora
uvedeného nezl. dítěte a o navržených zdravotních službách dle ust. § 31 zákona a na jejich
základě udělil(a) v souladu s ust. § 34 zákona písemný informovaný souhlas s poskytnutím
zdravotních služeb, které mohou být dle ust. § 35 odst. 2 bodu 1. zákona poskytnuty se
souhlasem obou rodičů.

Tato plná moc platí od 24.07. – 01.09.2017 – po dobu trvání zvoleného termínu Aktivně
sportovního příměstského tábora pro děti 2017 v Praze 8, Čimicích.

Vdne :.....

Podpis: