## Závazná přihláška na příměstský tábor KUKÁTKO 2013

## Tímto závazně přihlašujeme níže uvedené dítě do příměstského tábora, pořádaného Dětským očním centrem s.r.o, Krakovská 1392/7, Praha 1, IČ 291 48 651, Společnost je zapsána v OR vedeném MS v Praze oddíl C, vložka 203740

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Příjmení:** | **Jméno:** | | | **Rodné číslo:** | | |
| Ulice, číslo: | | Obec: | | | | PSČ: |
| Termín tábora: **❑ 8.7. – 12.7. ❑ 22.7. – 26.7. ❑ 5.8. – 9.8. ❑ 26.8. – 30.8.** | | | | | MŠ/ZŠ: | |
|
| Zde uveďte stručnou charakteristiku dítěte (povahové vlastnosti, koníčky, sport, atd.): | | | | | | |
| **Otec (jméno, příjmení):** | | | **Matka (jméno, příjmení):** | | | |
| Kontakt (mobil/e-mail): | | | Kontakt (mobil/e-mail): | | | |
| Tábor bude placen rodiči ❑ v hotovosti ❑ převodem | | | | | | |
| Přihlášku vraťte obratem – nejpozději však 14 dní před zahájením tábora, **po tomto termínu dle dohody s provozovatelem** | | | | | | |
|
| Zároveň s podáním této Závazné přihlášky bereme na vědomí a souhlasíme s tím, že pokud bude účast přijatého dítěte zrušena méně než 14 dní před zahájením tábora činí storno poplatek 100% ceny tábora. Při zrušení účasti ze zdravotních důvodů je vyžadováno potvrzení od lékaře a storno poplatek v tomto případě činí 75% ceny. Bereme také na vědomí a souhlasíme s tím, že při nenaplnění kapacity tábora si provozovatel vyhrazuje právo tábor zrušit – zaplacená cena poukazu se pak rodičům vrátí v plné výši, dále že pokud dítě ukončí svou účast na táboře během jeho trvání, nevzniká nárok na vrácení ceny a to ani v poměrné části. Dále souhlasíme s tím, že v případě lékařského ošetření našeho dítěte v průběhu tábora za něj provozovatel uhradil veškeré s tím související administrativní náklady a zavazujeme se tyto náklady na základě předložených dokladů provozovateli uhradit při předání dítěte. Dále souhlasíme s tím, že poskytnuté osobní údaje budou zpracovávány Dětským očním centrem k fakturaci tábora a zajištění zdravotního servisu pobytu našeho dítěte a bereme na vědomí, že máme právo k jejich přístupu a dalším úkonům dle zákona číslo 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů. I v těchto souvislostech bereme na vědomí a souhlasíme s tím, aby fotografie z průběhu tábora byly uvedeny na internetové adrese [**www.detskeoci.cz**](http://www.detskeoci.cz) a prezentaci Dětského očního centra na Facebooku. Bereme také na vědomí, že provozovatel nesjednává pro účastníky žádný druh pojištění. Cenu pobytu 2.900,- Kč je nutno zaplatit do 14 dnů před zahájením tábora V případě nedodržení termínu zaplacení, nebude dítě na tábor přijato.  V …………………………… dne …………………………. …………………………… .………………………...  podpis otce podpis matky | | | | | | |

|  |
| --- |
| **VYPLNÍ OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘ DÍTĚTE**  **Podle zdravotních záznamů uvádím a potvrzuji, že dítě:**  Jméno a příjmení: ……………………………………..…………… Rodné číslo: ……………………………. Číslo ZP: ………………..  a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO - NE  b) je proti nákaze imunní (typ/druh): …………………………………………………..……………………………….…………………….  c) má trvalou kontraindikaci proti (typ/druh): …………………………………….…………………..……………………………….……  d) je alergické na: …………………………………………………………………………………………………..………………………………  e) dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka): ………………………………………………….…………………………………………….  **Rozhoduji závazně, že posuzované dítě k účasti na zotavovací akci:**    a) je zdravotně způsobilé \*)  b) není zdravotně způsobilé \*)  c) je zdravotně způsobilé za podmínky nebo s omezením \*) : lékař - datum  podpis - razítko  ……………………………………………………………………………………….  Může být doloženo-nahrazeno v čase tábora platným univerzálním „Posudkem o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na zotavovací akci“ |