

ZÁVAZNÁ PŘIHLÁŠKA NA LETNÍ SOUSTŘEDĚNÍ BYSTRCKÉ SCHOLY

Já, se přihlašuji
na scholové soustředění, konané v termínu 30. 6. – 8. 7. 2015, ve Velkých Losinách.

Datum narození: ____ . ____ . _____

Adresa:

Telefon:

Cena pobytu je: **pro mladší 15 let – 1500 Kč, pro starší 15 let – 1600 Kč.**

Soustředění je nutné zaplatit do 14. června 2015.

Podmínkou přijetí na soustředění je nejen včasné zaplacení, ale i odevzdání veškerých potvrzení.

Dne: ____ . ____ . _____

Podpis

Pozn.: V případě zájmu o formulář na příspěvek od zaměstnavatele se obraťte na Ondru Š.

Tuto přihlášku s finanční částkou a zdravotním dotazníkem odevzdejte do 14. června 2015!!!

Pokladník scholy: Ondřej Šimon

Teyschlova 30

635 00 Brno

Tel.: 773 930 112

Vedoucí scholy: Marie Vechetová

Horní Bojanovice 137

693 01

Tel.: 731 192 685

Odevzdat při odjezdu zdravotníkovi!!!
spolu s potvrzením od lékaře a zdravotním dotazníkem

Prohlášení o bezinfekčnosti

Já,....., RČ...../..... prohlašuji, že jsem úplně zdravý, v místě, z něhož mám nastoupit do tábora, není žádná infekční choroba a okresní hygienik ani ošetřující lékař nenařídil karanténní opatření ani zvýšený zdravotnický dozor. Není mi též známo, že bych přišel v posledních dvou týdnech do styku s infekční chorobou nebo s osobami podezřelými z nákazy. Jsem schopen zúčastnit se soustředění konaného 30. 6. – 8. 7. 2015.

Jsem si vědom/a právních následků, které by mne postihly v případě nepravdivosti tohoto prohlášení.

Souhlas s manipulací se zdravotní dokumentací

Souhlasím s poskytnutím informací o svém zdravotním stavu, ve smyslu ustanovení § 31 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o zdravotních službách“), těmto osobám:

Marie Vechetová – vedoucí Bystrcké scholy

Tomáš Lamparter – zdravotník

Dovoluji jim tímto manipulovat se svou zdravotnickou dokumentací po dobu trvání soustředění.

V Brně dne: ____ . ____ . ____

(nejdříve 1 den před odjezdem na soustředění)

Podpis:

.....zde odstříhnout.....

- I. Lékařské potvrzení zdravotní způsobilosti pracovat s dětmi
- II. Zdravotní průkaz pracovníka v potravinářství

Na základě ustanovení § 10 a § 12 zákona č. 258/2000 Sb. (a znění pozdějších předpisů) o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, podle kterých:

"Fyzické osoby činné při škole v přírodě nebo zotavovací akci jako dozor nebo zdravotník musejí být k této činnosti zdravotně způsobilé."

Vydávám toto lékařské potvrzení:

Jméno a příjmení: _____

Rodné číslo: _____

Adresa: _____

Zdravotní pojišťovna: _____

Závěr: Je zdrav(a) a psychicky i fyzicky způsobilý/á jako osoba činná při zotavovacích akcích a táborech pro děti a mládež jako dozor (vedoucí dětského kolektivu) nebo pracovník. Je schopen/na práce ve stravovacím provozu.

V _____ dne _____

razítko a podpis ošetřujícího praktického lékaře

Zdravotní dotazník

Uvedené osobní a zdravotní údaje jsou nezbytně nutné pro zdravotníka, vedoucí a případná lékařská ošetření během soustředění. Slouží k předvídání možných komplikací a snaze jim předcházet tam, kde je to možné. Informace jsou přísně důvěrné a nebudou použity k jiným účelům! **Snažte se, prosím, uvést všechny podrobnosti!** **Veškeré léky** je nutno nabalit v dostatečném množství na celou dobu pobytu a podepsané, s podrobným popisem užívání; **odevzdat při odjezdu zdravotníkovi či vedoucí**, kteří se postarají o dodržení správného dávkování u dětí do 15 let. **Nutnou součástí tohoto dotazníku je: lékařské potvrzení, prohlášení o bezinfekčnosti, karta pojištěnce, očkovací průkaz (kopie)**, které budou bezprostředně po příjezdu domů navraceny zdravotníkem či vedoucí zpět do rukou rodičů.

Jméno a příjmení:

Datum narození: ____ . ____ . _____ Zdravotní pojišťovna:

Adresa:

- Plavec: ANO x NE

- Alergie

- na léky (antibiotika, léky na teplotu s obsahem paracetamolu či brufenu, protialergické léky, aj.):

.....

- na desinfekce a zdravotnický materiál (hlavně jódové desinf., náplasti, obvazy, aj.):

.....

- na potraviny (ryby, ořechy, vejce, lepek, kravské mléko, aj.):

.....

- ostatní (seno, trávy, pyl, prach, roztoči, zvířecí srsti, chlor, slunce, aj.):

.....

- Trvalá onemocnění dítěte (astma, diabetes, epilepsie, migréna, ekzém, celiakie, onemocnění štítné žlázy, poruchy srážení krve, aj.):

- Užívané léky (název, dávkování + důvod užívání):

Název	Dávkování

- Jiná omezení (hyperaktivita, náměšičnost, strach ze tmy či z výšek, poruchy vyprazdňování, poruchy chování, ortézy, aj.):

.....

- Stravovací omezení (vegetariánství, zdravotní dietní opatření, poruchy příjmu potravy, aj.):

.....

- Prodělaná onemocnění (infekční žloutenka, spála, průšnice, plané neštovice, zarděnky, mononukleóza, aj.):

.....

- Úrazy, operace:

- Datum posledního očkování proti tetanu: ____ . ____ . _____

- Jméno + telefonní kontakt na praktického lékaře:

V Brně dne ____ . ____ . _____

(podpis zákonného zástupce)