

Hlavnímu vedoucímu/zdravotníkovi LPT sděluji, že dítě prodělalo tyto vážnější nemoci (uveďte onemocnění, rok a případné omezení):

Dítě má alergie na:

Speciální potřeby dítěte (poruchy pozornosti – ADD, ADHD, atd.) :

Plavec: ano ne *)

Dítě může po skončení denní akce jít samo domů: ano ne *)

*) nehodící se škrtněte

Hlavnímu vedoucímu/zdravotníkovi LPT sděluji, že před příchodem na LPT u svého dítěte provedu prohlídku hlavy z důvodu vyloučení možného výskytu vší.

datum podpis zákonného zástupce

7. července – 11. července 2025

kontaktní adresa**terмін**

příhláška číslo

15. letní příměstský tábor KLUB HNÍZDO

Název projektu: Implementace dlouhodobého záměru – Ústecký kraj – Otevřené kluby
registrační číslo projektu: CZ.02.02.XX/00/23_018/0009177

Vyplněnou přihlášku odevzdejte nejpozději do 5 dnů od rezervace

Jméno a příjmení dítěte.....

Rodné číslo dítěte / státní příslušnost.....

Bydliště

Třída Škola

Zdravotní pojišťovna dítěte

Jméno a příjmení otce

Telefonní číslo (MT) email

Jméno a příjmení matky

Telefonní číslo (MT) email

Souhlasím s poskytnutím osobních údajů svého dítěte pro potřeby DDM Osek dle zákona č.110/2019 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Souhlasím s tím, že bude hlavním vedoucím LPT provedena první den LPT mému dítěti preventivní prohlídka hlavy (vyloučení výskytu vší).

podpis zákonného zástupce

NEVYPLŇOVAT!

Datum přijetí přihlášky:

Účast na 15. LPT

Níže vyberte, zda se vaše dítě bude účastnit LPT v jednotlivé dny nebo po celý týden.

7. 7. 2025/pondělí	☐	8. 7. 2025/úterý	☐
9. 7. 2025/středa	☐	10. 7. 2025/čtvrtek	☐
11. 7. 2025/pátek	☐	bude docházet celý týden	☐

Prohlášení odpovědnosti za škody

Prohlašuji, že беру на vědomí odpovědnost za škody, které prokazatelně způsobí moje dítě v době trvání letního příměstského tábora (dále jen LPT). V případě finančních nákladů na opravu takto poškozeného majetku se zavazuji tuto škodu uhradit.

Prohlašuji, že jsem byl(a) seznámen(a) s odpovědností za škody.

.....
podpis zákonného zástupce

Informovaný souhlas se zpracováním osobních údajů

Já pan/paní

zákonný zástupce dítěte/žáka

Dávám tímto výslovný souhlas ke zpracování osobních údajů mých a o mém dítěti, a to pro účel organizování letního příměstského tábora:

- zpracování seznamů účastníků (např. slevenky na hromadnou jízdenku, vstupy do kulturních zařízení, ubytovací služby apod.),
- kontakt na zákonné zástupce dítěte/žáka,
- pořízení a zveřejnění fotografií a videí za účelem propagace či zvýšení zájmu potenciálních účastníků o činnosti našeho školského zařízení.

Doba zpracování je 3 roky od data přihlášení do zájmového vzdělávání.

.....
podpis zákonného zástupce

Osobní údaje jsou zpracovávány na základě Vašeho souhlasu uděleného 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 o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) a nejste povinna/povinen udáje Správci za výše uvedenými účely poskytnout – jejich poskytnutí je zcela dobrovolné. V případě, že uplyne doba zpracování osobních údajů stanovená výše nebo bude odvolán tento souhlas, Správce provede výmaz osobních údajů, ledaže by měl povinnost údaje dále zpracovávat dle zvláštních právních předpisů nebo oprávněný zájem na jejich zpracování (například pro určení, výkon nebo obhajobu právních nároků Správce). Správce po ukončení smluvního vztahu rozsah Vašich osobních údajů, které zpracovává, vyhodnocuje a omezí na nezbytně nutnou míru s ohledem na legitimní účely jejich zpracování.

SOUHLAS ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ (LETNÍ DĚTSKÉ TÁBORY/ZOTAVOVACÍ AKCE/PŘÍMĚSTSKÉ TÁBORY)

Dávám výslovný souhlas ke zpracování osobních údajů mého dítěte, které obsahují níže uvedené doklady, a to pro účel organizování letního příměstského tábora.

Jsem si vědom(a) zdravotního stavu svého syna (dcery) a při nástupu na LPT odevzdám hlavnímu vedoucímu/zdravotníkovi LPT:

- průkaz zdravotní pojišťovny (postačující je fotokopie),
- prohlášení zákonných zástupců dítěte (nejeví známky akutního onemocnění, nepřišel do styku s infekčním onemocněním vč. COVID-19, není nařízeno karanténní opatření apod.).
- případné informace o změně zdravotní způsobilosti, zdravotních obtížích dítěte nebo jiných závažných skutečnostech, které by mohly mít vliv na průběh či účast na LPT,
- informace o osobních lécích syna (dcery).

Datum a podpis zákonného zástupce žáka

DDM Osek, Dolnonádražní 269

.....
kontaktní adresa

PROHLÁŠENÍ O BEZINFEKČNOSTI SE ODEVZDÁ V DEN NÁSTUPU NA LPT S DATEM NÁSTUPU.

Prohlášení o bezinfekčnosti

Prohlašuji, že krajský hygienik ani ošetřující lékař nenařídil dítěti

(jméno a příjmení).....,

které je v mé péči, karanténní opatření (karanténa, zvýšený zdravotnický nebo lékařský dohled), a že mi není známo, že v posledních čtrnácti dnech přišlo dítě do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí vč. COVID-19. Dále prohlašuji, že jmenované dítě t. č. nejeví známky náhlého či nově vzniklého onemocnění (horečka, průjem apod.) a dalších příznaků akutního onemocnění na COVID-19 (zvýšená teplota, kašel, dušnost, bolest v krku, ztráta chuti a čichu atd.), a že mi není známo nic, co by mohlo být překážkou účasti dítěte na příměstském táboru. Od poslední preventivní prohlídky ošetřující lékař dítěti nenařídil žádné omezení v denním režimu ani jeho tělesném zatěžování.

Jsem si vědom(a) právních následků, které by mě postihly, kdyby toto mé prohlášení bylo nepravdivé.

7. 7. 2025

Dne

.....
podpis zákonného zástupce

.....
Adresa

Název projektu: Implementace dlouhodobého záměru – Ústecký kraj – Otevřené kluby
registrační číslo projektu: CZ.02.02.XX/00/23_018/0009177