DŮM DĚTÍ A MLÁDEŽE, NYMBURK, 2. května 968

tel: 325 514 671, e-mail: ddm@ddm-nymburk.cz, http://www.ddm-nymburk.cz

[](http://www.google.cz/url?sa=i&rct=j&q=stanov%C3%BD+t%C3%A1bor&source=images&cd=&cad=rja&docid=nOYEMBlu2iVanM&tbnid=GnmYZsCRxx-EkM:&ved=0CAUQjRw&url=http://www.hornibriza.pionyr.cz/index.php?page=tabor&ei=N7oPUaeBE86BhQeHrIH4Cg&psig=AFQjCNFbf8P3JDyBjgC-TSQBQQvosrSOnA&ust=1360071)příspěvková organizace 

**pořádá pro děti od 7 do 15 let**

# LETNÍ TÁBOR

### Termín: 22.7.2018 – 4.8.2018

**Cena tábora : 4100,- Kč**

V ceně tábora je zahrnuto ubytování, celodenní strava, doprava, pedagogický a zdravotní dozor, výdaje na program, ceny do soutěží, zdravotní materiál. Přihlášku je nutné odevzdat v DDM Nymburk a současně provést platbu hotově nebo **zaslat peníze** **na účet číslo 200123574 / 0600**, GE Money Bank, **variabilní symbol je rodné číslo dítěte bez lomítka** . Maximální počet **přihlášených** dětí je 42. Platbu, prosím, proveďte nejpozději do 15.5.2018. **Pokud úhradu platí zaměstnavatel, vystavíme Vám na požádání fakturu.**

Organizační pokyny:

* Přihlášku na tábor donést do 15.2.2018 do kanceláře DDM Nymburk.
* Originál potvrzení od lékaře je nutné donést nejpozději do 31.5.2018 do kanceláře DDM Nymburk, kde si jej okopírujeme a založíme do dokumentace tábora. Potvrzení musí být kompletně vyplněno včetně čísla evidenčního. Jiné potvrzení od lékaře než je v příloze našich pokynů k táboru nebudeme akceptovat!
* Bezinfekčnost podepsanou od rodičů předáte při odjezdu na tábor zdravotnici.
* Plnou moc podepsanou od obou rodičů předáte při odjezdu na tábor zdravotnici.
* Ofocenou zdravotní kartu pojištěnce předáte při odjezdu na tábor zdravotnici.

**Bez těchto dokumentů nebude moci dítě odjet na tábor!!!!!**

**Ponecháte doma!**

**Pokyny pro děti na LT Mukařov 2018**

Odjezd : **22.7.2018 ve 14.00** **hod** od hlavního vlakového nádraží Nymburk

Příjezd **: 4.8.2018 v 11.00 hod** k hlavnímu vlakovému nádraží Nymburk

**Adresa tábora** : LT DDM Nymburk

Mukařov č. 080

295 01 Mnichovo Hradiště

**Vezměte s sebou** :

Dostatek spodního a svrchního oblečení na 14 dní, oblečení a obuv do deště (pláštěnku,gumáky), dvoje sportovní boty , hygienické potřeby, plavky, ochranu proti slunci (krém, brýle, čepice), baterku, psací potřeby, kapesné pro osobní potřebu, spacák, polštářek, hrneček, starou košili nebo triko na práci s keramikou, repelent. Doporučujeme seznam věcí nalepit do kufru a věci označit, a to zejména u menších dětí. Pokud má dítě problémy např. s vyvrknutím kotníku dejtu mu prosím s sebou bandáž či ortézu, kterou používá . **Nadepsané obálky s adresou a poštovní známkou. Doporučujeme přiložit samostatné poštovní známky.**

**Pokyny na tábor :**

Doporučujeme dát dítěti kapesné cca 300 ,- Kč, více nepotřebuje, má to pouze pro svou osobní potřebu. Peníze, mobil a cenné věci si ukládají u svého vedoucího oddílu, který za ně přebírá zodpovědnost. Za ztracení těchto věcí v případě nedodržení těchto pravidel neručíme.

V průběhu tábora vyřizuji nepřijaté hovory pouze jednou za den. Děkujeme za pochopení těchto nutných opatření, bez kterých nemůžeme tábor provozovat.

**Kontaktní osoba pro další informace a dotazy :**

Hlavní vedoucí tábora Halka Johanová Tel.: 603 486 569 , 6030181544

email : halkaj@seznam.cz

**Přinést při odjezdu!**

**Bez tohoto potvrzení nemůže dítě odjet na tábor!!!!!**

**Upozornění zákonných zástupců účastníka**

Dítě trpí na tyto alergie, popřípadě upozorňuji na odlišnosti ve stravovacích návycích: .................................................................................................................................

................................................................................................................................. .................……..............................................................…………………………..

Další závažné informace o dítěti :

…………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………….

Dítě je: Plavec / částečně plavec / neplavec

Léky, které vaše dítě pravidelně užívá mu dejte prosím s sebou a upozorněte na dobu užívání při odjezdu na tábor zdravotníka tábora. Léky prosím označte jménem dítěte a dávkováním.

**Prohlášení zákonných zástupců účastníka tábora *(****Toto prohlášení vyplńte* ***v den odjezdu )***

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil dítěti - účastníku tábora změnu režimu, dítě nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teplota, kašel a p.) a okresní hygienik ani ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření. Není mi též známo, že v posledních dvou týdnech přišlo toto dítě do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí.

Dítě je schopno účastnit se tábora. Jsem si vědom(a) právních důsledků, které by mě postihly, kdyby toto mé prohlášení bylo nepravdivé.

V Nymburce dne..................... .................................................................

čitelný podpis zákonného zástupce

**PŘIHLÁŠKA NA LETNÍ TÁBOR**

Od 22.7.2018 do 4.8.2018

Jméno a příjmení ............................................Datum narození: ……………………….…...

Adresa bydliště............................................................................................ PSČ ..................

Jméno matky …………………………………Telefon……………Email.……….…………

Jméno otce ……………………………….…..Telefon……………Email……….………….

Požadavek na ubytování dítěte na táboře……………………………………………………

(**Pokud zde neuvedete požadavek na spolubydlící na LT Vašeho dítěte, později Vám již nebudeme moci vyhovět. Pište prosím pouze jedno jméno.)**

**Adresy zástupců dítěte:**

Dosažitelných v době trvání tábora a kdo je oprávněn případně převzít dítě v době trvání tábora mimo rodičů.

1)Jméno a příjmení ..................................................................................................................

Adresa ........................................................Telefon ................................................................

2)Jméno a příjmení ................................................................................................................ Adresa. ...........................................................................Telefon .............................................

**Prohlášení rodičů**:

**Prohlašujeme, že je nám známo, že každý účastník tábora podléhá táborovému řádu a respektuje všechny pokyny vedoucích.**

**S ohledem ke stavbě programu, jsme vzali na vědomí, že návštěvy rodičů na táboře nejsou z výchovných a především z hygienických a zdravotních důvodů povoleny!**

Současně prohlašujeme, že telefonické spojení uvedené v listu účastníka je platné po dobu konání tábora, a že v případě závažných zdravotních problémů dítěte nebo vážných kázeňských přestupků zajistíme odvoz dítěte do12 hodin z tábora. Dále se tímto zavazujeme uhradit veškeré případné škody na majetku provozovatele tábora, případně dalších účastníků tábora, které dítě úmyslně způsobí.

Bereme na vědomí, že v případě závažného porušení táborového řádu může být účastník tábora na základě rozhodnutí vedení tábora vyloučen. Provozovatel nevrací účastnický poplatek.

Provozovatel tábora neručí za ztráty a zničení cenností (drahé kovy, elektronika, videokamery, drahé fotoaparáty apod.) Prosím nedávejte jim tyto věci s sebou na tábor. Nedoporučujeme ani mobilní telefony.

Podmínky pro určení stornopoplatků :

Rozhodujícím dnem pro stanovení stornopoplatků je den odhlášení tábora. Níže uvedené stornopoplatky jsou vyčísleny procentem z celkové ceny za každou osobu, která tábor zrušila. Za dítě může jet na tábor náhradník pokud si jej sami najdete.

13-7 dní před konáním 50 % z ceny za osobu

6 – 0 dní před konáním 100 % z ceny za osobu

Podpisem potvrzuji, že jsem si vše řádně přečetl a souhlasím. Dále souhlasím s pořizováním audio-vizuální dokumentace mého dítěte pro propagační účely DDM Nymburk.

V....................................dne................ ----------------------------------------- Podpis zák. zástupců

**Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě**

Evidenční číslo posudku:

1. **Identifikační údaje :**

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek:

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele:

IČO:

Jméno, popřípadě jména, a příjmení posuzovaného dítěte:

Datum narození posuzovaného dítěte:

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného bydliště na území České republiky posuzovaného dítěte:

1. **Účel vydání posudku :**
2. **Posudkový závěr :**

A) Posuzované dítě k účasti na škole v přírodě nebo zotavovací akci

a) je zdravotně způsobilé\*)   
b) není zdravotně způsobilé\*)   
c) je zdravotně způsobilé s omezením\*)\*\*):  
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)……………………………………………..

Poznámka: \*) nehodící se škrtněte \*\*) Byli-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.

1. **Poučení**

Proti bodu 3. 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.

1. **Oprávněná osoba**

Jméno, případně jména, a příjmení oprávněné osoby:

Vztah k posuzovanému dítěti (zákonný zástupce, opatrovník, pěstoun popř. další příbuzná dítěte):

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne:

podpis oprávněné osoby

Datum vydání posudku : Jméno, příjmení a podpis lékaře

razítko poskytovatele zdravotních služeb   
 

**Plná moc**

Jméno a příjmení nezletilého dítěte ……………………………..……… RČ:…………………

Bydliště ..………………………………………………………………………..………………

Já, níže podepsaný(á)

Jméno a příjmení zákonného zástupce………………………………… nar……………………

Bydliště ……………………………..…………………………………………..………………

a

Jméno a příjmení zákonného zástupce………………………….……………nar………………

Bydliště …………………………………………………………………………………………

zmocňuji pana(paní) :

Jméno a příjmení : Halka Johanová, nar. 20.8.1975

Bydliště : Vagónka 2298, 288 02 Nymburk

Jméno a příjmení: Tomáš Johan, nar. 21.6.1968

Bydliště : Resslova 1761/26, 288 02 Nymburk

Jméno a příjmení : Petr Zahajský , nar. 21.4.1967

Bydliště : Mukařov 80 E, 295 01 Mnichovo Hradiště

Jméno a příjmení : Michaela Hamplová nar. 23.9.1991

Bydliště : Jurije Gagarina 1914, 288 02 Nymburk

Jméno a příjmení: Petr Jakoubek, nar. 19.7.1977

Bydliště : Mládežnická 1942, 288 02 Nymburk

Jméno a příjmení : Eva Faulhammerová, nar. 27.4.1970

Bydliště : U Vápenné skály 7, 140 00 Praha 4 - Podolí

Jméno a příjmení : Tomáš Dvořák, nar. 22.6.1977

Bydliště : Sadová 2118, 288 02 Nymburk

Jméno a příjmení : Jan Čemus, nar. 20.7.1988

Bydliště :Lesní 301, 290 01 Sokoleč

Jméno a příjmení : Tamara Dudková, nar.21.9.1992

Bydliště : Slepá 1963, 288 02 Nymburk

Jméno a příjmení : Tomáš Krejčík, nar. 5.9.1994

Bydliště : Kolínská 323, 290 01 Sokoleč

k mému zastupování v rozsahu všech práv a povinností v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb shora uvedenému nezletilému dítěti dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (dále jen zákon), zejména aby obdržel(a) informace o zdravotním stavu shora uvedeného nezletilého 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 po dobu od 22.7.2018 do 4.8.2018.

V……………………dne………….………Podpisy ………...…………………………………………………..