

Závazná prihláška do detského denného prímestského letného tábora

Usporiadateľ tábora:

Združenie Brezovček pri ZŠ Ul. Martina Hattalu v spolupráci CVČ pri ZŠ Petra Škrabáka Dolný Kubín

Adresa: Základná škola Petra Škrabáka

Riaditeľstvo

Ul. M. Hattalu 2151

026 01 Dolný Kubín

Osobné údaje prihláseného dieťaťa

Meno a priezvisko:..... dátum narodenia:

Adresa bydliska.....rodné číslo.....

V súčasnosti navštevuje /školu, triedu.....

Osobné údaje zákonného zástupcu

Meno a priezvisko zákonného zástupcu:.....

Trvalé bydlisko zákonného zástupcu:.....

Telefónny kontakt:..... e-mail:

Prihlasujem môjho syna/dcéru do detského denného prímestského letného tábora (DDPLT) konaný

Od 09.07. do 13.07.2018 (cena 35 €) v ZŠ P. Škrabáka Dolný Kubín

Informácia o zdravotnom stave dieťaťa

Uvedte, prosím, všetky chronické choroby a alergie, ktorými dieťa trpí a zoznam liekov, ktoré užíva (za pravidelné užitie lieku organizátor tábora nezodpovedá):

.....
.....

Iné upozornenia a obmedzenia (prosíme vypísať, v prípade potreby doložiť lekársku dokumentáciu):

.....

Na základe Zákona č. 211/2000 Z.z. o slobodnom prístupe k informáciám v znení neskorších predpisov, ako zákonný zástupca dieťaťa: *súhlasím/ nesúhlasím* *, aby fotografie, na ktorých je moje dieťaťa získané na aktivitách DDPLT boli zverejnené na webovej stránke školy, informačnej tabuli školy a v tlači informujúcej o týchto aktivitách.

V..... dňa:.....

Podpis zákonného zástupcu

**Nehodiace prečiarknite*

Upozornenie: poplatok 35 € za pobyt v DDPLT je potrebné uhradiť do 22.6.2018 u pani tajomníčky školy.

Túto časť prihlášky, prosím, odstrihnite a potvrdenú Vaším podpisom odovzdajte pri nástupe dieťaťa do tábora

✂

Prehlásenie o bezinfekčnosti

Čestne prehlasujem, že môj syn / dcéra.....nar.:..... neprejavuje príznaky akútneho ochorenia a orgán na ochranu zdravia ani ošetrojúci lekár mu nenariadil karanténne opatrenie (karanténu, zvýšený zdravotný dozor alebo lekársky dohľad). Je zdravotne spôsobilý/á pre pobyt v detskom tábore. Nie je mi známe, že by dieťa, jeho rodičia alebo iné osoby, ktoré s ním žijú v spoločnej domácnosti, prišli v priebehu ostatného mesiaca do styku s osobami, ktoré ochoreli na prenosné ochorenie (napr. hnačka, angína, vírusový zápal pečene, zápal mozgových blán, horúčkové ochorenie s vyrážkami a pod.).

Som si vedomý/á právnych následkov v prípade nepravdivého vyhlásenia, najmä som si vedomý/á, že by som sa dopustil/a priestupku podľa § 29 ods. 1 písm. h) zákona Slovenskej národnej rady č. 372/1990 Zb. o priestupkoch.

V..... dňa:.....

Podpis zákonného zástupcu