**PŘIHLÁŠKA NA LETNÍ DĚTSKÉ DNY 2025 PRO DĚTI VE VĚKU 4 – 10 LET**
Termín: 14. 7. 2025 až 25. 7. 2025.
Místo konání: sál Slovanského domu.

**PŘIHLÁŠKU ODEVZDEJTE DO 25. 6. 2025 V MK ROTAVA, SÍDLIŠTĚ 721.
ÚČASTNICKÝ POPLATEK JE NUTNO UHRADIT DO 26. 6. 2025 V MĚSTSKÉ KNIHOVNĚ. V OPAČNÉM PŘÍPADĚ ZANIKÁ NÁROK NA ÚČAST.**

**ÚDAJE O DÍTĚTI**

**Jméno a příjmení dítěte:**
**Datum narození:**
**Adresa bydliště:**
**Zdravotní pojišťovna:**

**ÚDAJE O ZÁKONNÉM ZÁSTUPCI**

**Jméno a příjmení rodiče/ zákonného zástupce:**
Telefon:
E-mail:

**DNY, O KTERÉ MÁM ZÁJEM – CENA 250 KČ/ DEN (zahrnuje pitný režim i stravu)
Příchod dětí 8:00 až 8:30, vyzvedávání dětí 14:30 až 15:00.**

☐ Po 14. 7.  ☐ Út 15. 7.  ☐ St 16. 7.  ☐ Čt 17. 7.  ☐ Pá 18. 7.
☐ Po 21. 7.  ☐ Út 22. 7.  ☐ St 23. 7.  ☐ Čt 24. 7.  ☐ Pá 25. 7.

**ZDRAVOTNÍ STAV DÍTĚTE** (potvrďte zaškrtnutím a doplňte informace)

☐ dítě je zdravé, nemá žádná omezení
☐ dítě bere pravidelně léky:
☐ dítě má alergie (potravinové / jiné):
☐ jiné důležité informace (např. epilepsie, astma):

**PROHLÁŠENÍ O BEZINFEKČNOSTI**

Prohlašuji, že výše uvedené dítě

* je v den nástupu na akci zdravotně způsobilé,
* nevykazuje známky akutního onemocnění (např. horečka, kašel, vyrážka),
* v posledních 14 dnech nebylo ve styku s osobou, u níž bylo potvrzeno infekční onemocnění,
* není v karanténě ani izolaci nařízené hygienickou stanicí.

V případě změny zdravotního stavu dítěte před nebo během akce se zavazuji informovat organizátory a dítě na akci neposílat/vyzvednout.

**DRUHÁ OSOBA, KTERÁ MŮŽE VÝŠE UVEDENÉ DÍTĚ VYZVEDNOUT**
Jméno:
Telefon:
Vztah k dítěti:

**SOUHLASY A POTVRZENÍ**

☐ Souhlasím s účastí dítěte na akci pořádané městem.
☐ Souhlasím s použitím fotografií dítěte z akce pro dokumentační a propagační účely města.
☐ Beru na vědomí, že se dítě účastní na vlastní nebezpečí; organizátor odpovídá pouze za škodu, kterou prokazatelně způsobil porušením právních povinností.
☐ Potvrzuji, že jsem uvedl/a pravdivé a úplné informace.
☐ Dítě si na akci nebere cennosti (mobil, tablet, šperky). Pokud ano, město neodpovídá za jejich ztrátu či poškození, pokud nebyly svěřeny do úschovy.

**DALŠÍ INFORMACE OD RODIČŮ/ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ**

Např. specifické potřeby dítěte, důležité zdravotní údaje, stravovací omezení.

................................................................................................................................................

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

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

**STORNO POPLATEK**

* do 4. 7. 2024 50 % účastnického poplatku,
* později 100 % účastnického poplatku.

**V případě, že dítě na tábor nenastoupí nebo se nezúčastní některého dne, nevzniká nárok na vrácení účastnického poplatku.**
Výjimkou jsou situace, jako je nemoc nebo úraz, které musí být doloženy lékařským potvrzením.

Potřebné vybavení dětí: • náhradní oblečení (spodní prádlo, ponožky, tričko, náhradní dlouhý rukáv i dlouhé nohavice) • batůžek • láhev na pití • vhodné oblečení dle aktuálního počasí
a programu (bude nahlášen předem) • v případě nepříznivého počasí nepromokavý oděv a holiny • pokrývka hlavy • přezůvky do vnitřních prostor.

**Datum:**
**Podpis zákonného zástupce:**

**PÍSEMNÝ SOUHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S VYŠETŘENÍM NEZLETILÉHO DÍTĚTE**

Já, níže podepsaný/á:

**Jméno a příjmení:** ................................................................................................................
**Datum narození:** ..................................................................................................................
**Bydliště:** ............................................................ ..................................................................

jako zákonný zástupce (otec/matka) dítěte:

**Jméno dítěte:** .......................................................................................................................
**Datum narození dítěte:** .........................................................................................................
**Bydliště dítěte:** .....................................................................................................................

tímto vyjadřuji souhlas s odborným lékařským vyšetřením mého syna/ mé dcery, včetně případného ošetření metodami manuální medicíny, ve smyslu §35 zákona č. 372/2011 Sb.

**V Rotavě dne:**

**Podpis zákonného zástupce:**