

Závazná přihláška na Rescue camp 2023

(14 – 18 let !)

Zavazuji se, že se zúčastním rescue víkendů v termínech **6.10 – 8.10. a 20.10 – 22.10.2023**

Dále se zavazuji, že účastnický poplatek ve výši **2 000,- Kč** uhradím nejdéle do **29.9.2023**

bankovním převodem - variabilní symbol vám bude přidělen KSH Libereckého kraje !!!!

ČÍSLO ÚČTU **Bude zděleno po zaevidování přihlášky i s variabilním symbolem**
SH ČMS – KSH Libereckého kraje

VYPLNIT HŮLKOVÝM PÍSMEM

Účastník:

Jméno, příjmení:

Adresa bydliště: ul. č.

obec PSČ

tel. E-mail:

Datum narození:č. obč. průkazu:

Zákonný zástupce:

Jméno a příjmení

Tel: , E – mail:

Člen SDH v: okres od roku

Číslo členského průkazu SH ČMS :

Název zdravotní pojišťovny:

Zdravotní stav:

Alergie na:

Dlouhodobě užívám tyto léky:

Dávkování:

PROHLÁŠENÍ ÚČASTNÍKA RESCUE campu:

Jsem dostatečně seznámen s charakterem činnosti vzdělávací akce.

Jsem si vědom, že se jedná o aktivitu táborového charakteru se vzdělávacím programem, který má přesně vymezené cíle a program, z čehož vyplývá základní požadavek na každého zájemce o absolvování rescue víkendů – samostatnost, odpovědnost, schopnost podřídit se řádu akce.

.....

podpis účastníka

podpis zákonného zástupce

POTVRZENÍ PŘÍSLUŠNÉHO SDH:

Potvrzujeme, že výše jmenovaná - ý je členkou - členem našeho SDH a má pro rok 2022 zaplacený členský příspěvek, čímž splňuje podmínky členství a pojištění členů SH ČMS.

Za SDH:

podpis, funkce, razítko

PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE DÍTĚTE O BEZINFEKČNOSTI

Jméno a příjmení účastníka.....Datum narození.....

Podle §9 odst.1 písm. b) a c) zákona č.258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, v aktuálním znění prohlašuji, že dítě je v den nástupu do tábora plně zdravotně způsobilé k účasti na akci, nejeví známky akutního onemocnění (například horečky nebo průjmů) a není mi známo, že by ve 14 dnech před odjezdem na akci přišlo do styku s fyzickou osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy. Dítěti není nařízeno karanténní opatření. Jsem si vědom právních a finančních důsledků, které by pro mne vylýnuly, kdyby z nepravdivých údajů tohoto prohlášení vzniklo zdravotní ohrožení dětského kolektivu.

Je účastník schopen zúčastnit se vzdělávací akce 6.10. – 8.10 a 20.10 – 22.10.2023

ANO - NE

V případě potřeby akutního ošetření dítěte ve zdravotnickém zařízení (důvod nemoc, úraz) souhlasíme s jeho ošetřením pod dohledem zdravotníka či vedoucího vzdělávací akce. O výsledku ošetření Vás budeme informovat.

GDPR – souhlasíme s uložením osobních údajů pro potřeby realizace vzdělávací akce u realizátora, dále souhlasíme se zveřejněním fotek pro propagaci akce a za účelem informovanosti rodičů o pobytu dítěte na sociálních sítích Spolku, rajče apod.

V..... dne.....

Prohlášení musí být opatřeno datem odjezdu na vzdělávací akci !

.....
Podpis zákonného zástupce dítěte

Zde nalepte (nebo okopírujte na druhou stranu) kopii kartičky zdravotní pojišťovny vašeho dítěte – musí být platná! (stačí pouze přední stranu kartičky)