**Závazná přihláška na Rescue camp 2024**

(14 – 18 let !)

 Zavazuji se, že se zúčastním rescue víkendů v termínech **27.9 – 29.9. a 18.10 – 20.10.2024**

**Dále se zavazuji, že účastnický poplatek ve výši 2 500, - Kč uhradím nejdéle do 20.9.2024**

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: …………………………………………………………………………

**P R O H L Á Š E N Í Ú Č A S T N Í K A 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

**P O T V R Z E N Í P Ř Í S L U Š N É H O SDH :**

 Potvrzujeme, že výše jmenovaná - ý je členkou - členem našeho SDH a má pro rok 2024 zaplaceny členské příspěvky, 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 průjmy) 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 vyplynuly, kdyby z nepravdivých údajů tohoto prohlášení vzniklo zdravotní ohrožení dětského kolektivu.

**Je účastník schopen zúčastnit se vzdělávací akce 27.9. – 29.9 a 18.10 – 20.10.2024**

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)**