



LIST ÚČASTNÍKA

Jméno a příjmení dítěte:

Zdravotní pojišťovna dítěte:

ADRESY POBYTU A TELEFONÍ SPOJENÍ RODIČŮ DÍTĚTE či jiných k péči pověřených osob dosažitelných v době konání kempu. Kdo je oprávněn případně převzít dítě v době konání kempu a v případě mimořádné události.

1. Od Do Jméno a příjmení:

Adresa: Telefon:

2. Od Do Jméno a příjmení:

Adresa: Telefon:

Současně potvrzuji, že je mi známo, že každý účastník zotavovací akce respektuje a podrobuje se všem pokynům vedoucích a trenérů. V případě závažného porušení pokynů, může být potrestáno vyloučením ze zotavovací akce bez finanční náhrady.

UPOZORNĚNÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ DÍTĚTE

Upozorňuji u svého dítěte na:

Dítě užívá pravidelně tyto léky (jméno, užívání, dávkování):

Dítě užívá nárazově tyto léky (jméno, užívání, dávkování):

Dítě je alergické na:

Souhlasím s tím, aby v případě nutnosti bylo moje dítě z rozhodnutí vedoucího ZA nebo zdravotníka ZA ošetřeno u lékaře, případně na lékařské pohotovosti. Současně se zavazuji uhradit veškeré náklady na ošetření dítěte ihned po předložení dokladu o úhradě zdravotní péče.

V Dne:

podpis zákonného zástupce