

PŘIHLÁŠKA NA LETNÍ TÁBOR

ÚDAJE O TÁBOŘE	MÍSTO KONÁNÍ	Poušť u Bechyně (GPS: 49°18'16.665"N, 14°27'44.007"E)
	TERMÍN	8.– 18. července 2026
	CENA	2 900 Kč (členové 34. ph RR), 3 300 Kč (ostatní)

ÚDAJE O POŘÁDAJÍCÍ ORGANIZACI	NÁZEV	34. přední hlídka Royal Rangers Nymburk
	SÍDLO	Komenského 1254/21, 288 02 Nymburk
	KORESP. ADRESA	Na Vysoké mezi 345, 289 22 Lysá nad Labem
	IČ	22608630
	HL. VEDOUCÍ TÁBORA	Karel Marek
	KONTAKT	603 800 891

ÚDAJE O DÍTĚTI	PŘÍJMENÍ	<<Příjmení>>
	JMÉNO	<<Jméno>>
	DAT. NAROZENÍ	<<Datum narození>>
	BYDLIŠTĚ	<<Adresa bydliště>>
	ZDRAV. POJ.	

ÚDAJE O ZÁKONNÉM ZÁSTUPCI	PŘÍJMENÍ	<<Příjmení přihlašujícího>>
	JMÉNO	<<Jméno přihlašujícího>>
	BYDLIŠTĚ	<<Adresa bydliště>>
	TELEFON	<<Telefon přihlašujícího>>
	E-MAIL	<<E-mail přihlašujícího>>

Osobní údaje obsažené v této přihlášce budou uloženy v sídle organizace. Osobní údaje budou dále poskytnuty ústředí Royal Rangers v ČR a Ministerstvu školství, mládeže a tělovýchovy pro potřeby splnění podmínek pro získání státních dotací. Svým podpisem vyjadřuji svůj souhlas ve smyslu zákona 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění, s výše uvedeným zpracováním osobních údajů. Souhlasím se zveřejněním fotografií a audio/video záznamů z tábora za účelem propagace činnosti 34. ph RR a na internetových stránkách organizace.

V		DNE		PODPIS	
---	--	-----	--	--------	--

ZDRAVOTNÍ KARTA DÍTĚTE

PŘEDEJTE ZDRAVOTNÍKOVÍ PŘI ODJEZDU NA TÁBOR SPOLU S:
UŽÍVANÝMI LÉKY, KOPIÍ PRŮKAZU ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY DÍTĚTE,
PROHLÁŠENÍM O BEZINFEKČNOSTI A POSUDKEM O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE.

PŘÍJMENÍ	<<Příjmení>>				JMÉNO	<<Jméno>>			
ROD. Č.	<<Rodné číslo>> /					ZDRAV. POJ.			
JMÉNO RODIČE	<<Příjmení přihlašujícího>> <<Jméno přihlašujícího>>					TELEFON	<<Telefon přihlašujícího>>		

FORMULÁŘ PROSÍM VYPLŇTE VELMI PEČLIVĚ – JDE O ZDRAVÍ VAŠEHO DÍTĚTE!

VŠECHNY DŮLEŽITÉ INFORMACE UVEĎTE PROSÍM DO TOHOTO DOTAZNÍKU (PŘI NEDOSTATKU MÍSTA PIŠTE NA DRUHOU STRANU). NESPOLÉHEJTE NA ÚSTNÍ DOMLUVU. PŘI POČTU 50 DĚTÍ NENÍ MOŽNÉ PAMATOVAT SI TAKTO PODANÉ INFORMACE. DĚKUJEME ZA POCHOPENÍ.

ALERGIE

☐ PYL

☐ JINÁ

☐ POTRAVINY

Jaká:

☐ BODNUTÍ HMYZEM

Popište projevy, první pomoc:

DALŠÍ ONEMOCNĚNÍ

☐ EPILEPSIE

Jaké:

☐ ASTMA

☐ JINÉ

LÉKY

NÁZEV	NA CO	DÁVKOVÁNÍ

PLAVÁNÍ

☐ DOBRÝ PLAVEC

☐ ŠPATNÝ PLAVEC

☐ NEPLAVEC

☐ Potvrzuji, že jsem dítě před odjezdem na tábor prohlédl(a), zda nemá vši nebo hnidy.

V		DNE		PODPIS	
---	--	-----	--	--------	--

PROHLÁŠENÍ O BEZINFEKČNOSTI

PŘÍJMENÍ <<Příjmení>>

JMÉNO <<Jméno>>

RODNÉ ČÍSLO

<<Rodné číslo>>

/

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil výše uvedenému dítěti změnu režimu, že dítě nejeví známky akutního onemocnění (např. horečka nebo průjem) a že mu okresní hygienik ani ošetřující lékař nenařídil karanténní opatření. Není mi též známo, že by dítě ve 14 kalendářních dnech před odjezdem na tábor přišlo do styku s osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy. Jsem si vědom(a) právních následků, které by mě postihly, kdyby toto mé prohlášení nebylo pravdivé.

Souhlasím s tím, aby mé dítě bylo v případě akutních úrazů (zlomenina apod.) či nemoci (zánět slepého střeva apod.) ošetřeno v nemocničním zařízení. Regulační poplatky vydané při případném nemocničním ošetření zaplatím dodatečně.

V

DNE* 7. 7. 2026

PODPIS

*) Toto prohlášení nesmí být starší než jeden den před nástupem na tábor.

POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE

K ÚČASTI NA ZOTAVOVACÍ AKCI A ŠKOLE V PŘÍRODĚ

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE POSKYTOVATELE ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB	NÁZEV	
	ADRESA	
	IČO	

ÚDAJE O POSUZOVANÉM DÍTĚTI	PŘÍJMENÍ	<<Příjmení>>
	JMÉNO	<<Jméno>>
	DAT. NAROZENÍ	<<Datum narození>>
	BYDLIŠTĚ	<<Adresa bydliště>>
	ZDRAV. POJ.	

POSUDKOVÝ ZÁVĚR	Posuzované dítě k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě ☐ je zdravotně způsobilé ☐ není zdravotně způsobilé ☐ je zdravotně způsobilé s omezením*) *) Bylo-li zjištěno, že posuzované dítě je zdravotně způsobilé s omezením, uveďte se omezení podmiňující zdravotní způsobilost k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě.
	Posuzované dítě ▪ se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním: ANO – NE ▪ je proti nákaze imunní (typ/druh): ▪ má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh): ▪ je alergické na: ▪ dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka):

OPRÁVNĚNÁ OSOBA	JMÉNO A PŘÍJMENÍ	<<Příjmení přihlašujícího>> <<Jméno přihlašujícího>>
	VZTAH K POSUZOVANÉMU DÍTĚTI	
	Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne: Podpis oprávněné osoby:	

UPOZORNĚNÍ: Posudek je platný po dobu 24 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

.....
Datum vydání posudku

.....
Jméno, příjmení a podpis lékaře,
razítko poskytovatele zdravotních služeb