

1. OZ OKÁČIK, Dr.Janského 9 Žiar n/Hronom	Prihláška na letný tábor s Okáčikom 2019 „Part’áci 6 Get Ready“ Zmluva na pobyt		
MENO PRIEZVISKO DIEŤAŤA	RODNÉ ČÍSLO DIEŤATA (slúži ako variabilný symbol)	ADRESA BYDLISKA MESTO – OBEC – PSČ	SPÔSOB ÚHRADY POUKAZU
			Bankovým prevodom
			Hotovosť
MENO A PRIEZVISKO RODIČOV	KONTAKTY NA RODIČOV	E - MAIL KONTAKT	INÉ POŽIADAVKY STRAVA, UBYTOVANIE, ODDIEL
MATKA			
OTEC			

OZ Okáčik sa zaväzuje spracúvať osobné údaje v súlade so zákonom č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov (ďalej len „zákon o ochrane osobných údajov“) a Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov. Súhlasím so zverejnením foto a video materiálu na prípadné propagačné účely (web, tlačené materiály). V súlade s § 14 ods.1 zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov (ďalej „zákon“) potvrdzujem, že súhlasím, aby OZ Okáčik, Dr. Janského 9, 965 01 Žiar nad Hronom, IČO 37949390, (prevádzkovateľ) spracovával a zverejňoval videá a fotky dotknutej osoby za účelom dokumentárnej tvorby z podujatí organizovaných prevádzkovateľom v rámci poskytovaných služieb, ako aj využívaná tieto fotky a videá do svojich propagačných materiálov, web ponuka.

Zmluvné podmienky pobytu sú mi známe a bezvýhradne s nimi súhlasím. Beriem na vedomie že, vyplnenú prihlášku spolu s vyjadrením lekára (2) a vyhlásenie rodiča (3) prinesiem na tábor.

2. VYJADRENIE OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA – Zákon NR SR 216/ 2006 Zb., § 4) odst. 1 a 3.	
Miesto tábora: Hotel Lomnístá Jasenie	Termín pobytu: 21. 7. – 28. 7. 2019 /8dni/
Meno a priezvisko:	Dátum narodenia:
Bydlisko (PSČ):	Číslo zdravotnej poisťovne:
Zamestnávateľ otca:	Kontakt:
Zamestnávateľ matky:	Kontakt:
Kontakt na príbuzných pri neprítomnosti rodičov:	
Dôležité informácie pre táborevého zdravotníka:	
Alergie dieťaťa na:	
Lieky, ktoré užíva :	
Choroby prekonané v posledných 12 mesiacoch:	
Zdravotné zvláštnosti a upozornenia pre zdravotníka:	
* Dieťa sa nemôže zúčastniť detského tábora	* Dieťa sa môže zúčastniť detského tábora
Vdňa..... * Nehodiace sa prečiarknite	Pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára

3. PÍ SOMNÉ VYHLÁSENIE RODIČA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU O ZDRAVOTNOM STAVE DIEŤAŤA (podľa Zákona NR SR č. 526/2007 Zb. zákonov z 15. augusta 2007)

Vyhlasujem, že dieťa bytom v číslo preukazu poistenca, neprejavuje príznaky akútneho ochorenia a že regionálny úrad verejného zdravotníctva ani lekár všeobecnej zdravotnej starostlivosti pre deti a dorast menovanému dieťaťu nenariadil karanténne opatrenie (karanténu, zvýšený zdravotný dozor alebo lekársky dohľad). Nie je mi známe, že by dieťa, jeho rodičia alebo iné osoby, ktoré s ním žijú v spoločnej domácnosti, prišli v priebehu ostatného mesiaca do styku s osobami, ktoré ochoreli na prenosné ochorenie (napríklad hnačka, angína, vírusový zápal pečene, zápal mozgových blán, horúčkové ochorenie s vyrážkami). Súčasne potvrdzujem, že dieťa nemá vo vlasoch parazity. Zároveň prehlasujem, že moje dieťa má osvojené základné hygienické návyky (umývanie, obliekanie). Je mi známe, že ak sa pri vstupnej prehliadke v tábore zistí, že moje prehlásenie je nepravdivé, dieťa bude musieť opustiť tábor na vlastné náklady bez nároku na vrátenie ceny poukazu.

Som si vedomý(á) právnych následkov v prípade nepravdivého vyhlásenia, najmä som si vedomý(á), že by som sa dopustil(a) priestupku podľa § 56 zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

**PÍ SOMNÉ VYHLÁSENIE ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU O ZDRAVOTNOM STAVE DIEŤAŤA NESMIE BYŤ STARŠIE AKO 3 DNI!
Písomné vyhlásenie spoločne s preukazom poistenca prinesie zákonný zástupca dieťaťa v deň nástupu dieťaťa na tábor.**

.....
Podpis rodiča/zákonný zástupca

.....
Dátum

.....
Lubica Mokořová
Št. zástupca OZ Okáčik