

LIST ÚČASTNÍKA

Akce: Zážitková akce Čimelice 2024 (11.10. - 13.10.2024)

PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ ÚČASTNÍKA AKCE

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil dítěti jméno a příjmení.....

narozenému....., adresa..... změnu režimu, dítě nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teplota, kašel, apod.), nebo příznaky infekce covid-19 (zvýšená teplota, kašel, dušnost, bolest v krku, ztráta chuti a čichu atd.) a okresní hygienik ani ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření. Zároveň ve 14 dnech před odjezdem nepřišlo dítě do styku s osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy a ani jemu, ani jinému příslušníku rodiny žijícímu s ním ve společné domácnosti, není nařízeno karanténní opatření. Není mi též známo, že v posledních dvou týdnech přišlo dítě do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí.

Dítě je schopno účastnit se akce od 11.10.2024 do 13.10.2024. Jsem si vědom(a) právních důsledků, které by mě postihly, kdyby toto mé prohlášení bylo nepravdivé.

Souhlasím s tím, že dítěti může být na akci při nástupu a během akce provedena kontrola vlasů na výskyt vši a potvrzuji, že dítě nepřišlo v poslední době do styku s osobami s výskytem vši a vši ani hnidy se u něj nevyskytují.

V dne.....

.....
podpis zákonného zástupce (rodičů)

ADRESY POBYTU ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ DÍTĚTE (rodičů) či jiných k péči o dítěte pověřených osob dosažitelných v době trvání akce. Kdo je oprávněn případně převzít dítě v době trvání akce.

1. Od..... do..... jméno a příjmení.....

adresa..... telefon.....

2. Od..... do..... jméno a příjmení.....

adresa..... telefon.....

Toto prohlášení musí být vyplněno v den odjezdu a zákonný zástupce, popřípadě účastník akce je povinně odevzdá spolu s kopií průkazu zdravotní pojišťovny při nástupu k odjezdu na akci.

Pokračování na druhé straně...

UPOZORNĚNÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ ÚČASTNÍKA

U svého dítěte upozorňuji na tyto nemoci (postižení) a nutnost braní léků, která mohou ovlivnit jeho účast na akci: (uved'te, prosím, název léku a způsob užívání a přesné dávkování; všechny léky viditelně označte jménem a příjmením dítěte)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Dítě trpí na tyto alergie, popřípadě upozorňuji na odlišnosti ve stravovacích návycích

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Současně potvrzuji, že je mi známo, že každý účastník akce podléhá řádu akce a respektuje všechny pokyny vedoucích. Dále jsem vzal na vědomí, že návštěvy rodičů (pokud není předem dohodnuto jinak) na akci nejsou z výchovných, a především hygienických a zdravotních důvodů povoleny!

V dne.....

Společně s tímto prohlášením je nutné při předání dítěte na akci odevzdat také výše uvedené léky zdravotníkovi akce.

Bez vědomí zdravotníka akce nesmí mít u sebe dítě žádné léky!

Potvrzuji správnost uvedených údajů a jsem připraven na vyzvání zodpovědné osoby spolku Pionýr, z. s. (dále jen Pionýr) správnost údajů doložit. Dávám tímto výslovně souhlas s tím, aby Pionýr jako správce uchovával a zpracovával v souladu s platnými právními předpisy osobní údaje, uvedené na tomto registračním listu. Pionýr, z. s. je oprávněn zpracovávat uvedené údaje i prostřednictvím svých pobočných spolků, které již nepodléhají mému dalšímu souhlasu. Správce může používat uvedené osobní údaje ke své činnosti v souladu se Stanovami Pionýra a dále v nutném rozsahu pro svou činnost. Způsob uchování a zpracování údajů upravuje vnitřní předpis Pionýra. Souhlasím s pořizováním fotografií a videozáznamů člena v rámci činnosti, s jejich archivací a s jejich použitím při prezentaci a propagaci činnosti pionýrské skupiny a Pionýra.

Tento list účastníka dále ukládá povinnost hlášení výskytu infekčního onemocnění u dítěte do 14 dnů po návratu z akce místně příslušné krajské hygienické stanici/Hygienické stanici hl. m. Prahy, na jejímž území, tj. v kraji, byla akce pořádán.

.....
podpis zákonného zástupce (rodičů)

Toto prohlášení musí být vyplněno v den odjezdu a zákonný zástupce, popřípadě účastník akce je povinně odevzdá spolu s kopií průkazu zdravotní pojišť'ovny při nástupu k odjezdu na akci.