****

**Název:**

**Místo:** Hotel Dakol, Petrovice u Karviné **Jméno a příjmení:**

**Adresa bydliště:**

**Rodné číslo:**

**Zdravotní pojišťovna:**

Termín:

Údaje o matce účastníka

**Jméno a příjmení:**

**Zaměstnavatel:**

**Telefon:**

**E-mail:**

**Zastávka MHD v Karviné u pekáren:**

Údaje o otci účastníka

**Jméno a příjmení:**

**Zaměstnavatel:**

**Telefon:**

**E-mail:**

**Poznámka:**

**Posudek dětského lékaře o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na příměstském táboře.**

**Část A) Posuzované dítě k účasti na příměstském táboře**

a) je zdravotně způsobilé

b) není zdravotně způsobilé

c) je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením)

Vyberte jednu z možnosti.

**Část B) Potvrzení o tom, že dítě**

a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO  - NE  (zaškrtněte možnost)

b) je proti nákaze imunní (typ/druh)

c) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh)

d) je alergické na

e) dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka)

Doplňte text.

Datum vydání posudku:       Podpis lékaře:

Razítko zdravotního zařízení

Oprávněná osoba se svým podpisem zavazuje dodržovat všeobecné podmínky, příměstského tábora a souhlasí s umístěním dítěte na příměstský tábor.

Jméno a příjmení oprávněné osoby:

Vztah k dítěti:

……………………………………………………………

podpis oprávněné osoby V     dne

**Způsob úhrady:**

hotově  převodním příkazem  stravenkami

Úhrada zaměstnavatelem: Ano  Zaškrtněte správnou možnost. Ne

V případě úhrady zaměstnavatelem Vám vystavíme fakturu pouze na základě objednávky.

Po vyplnění přihlášku prosím vytiskněte, naskenujte a odešlete na email: [info@hoteldakol.cz](mailto:info@hoteldakol.cz) nebo doručte osobně nebo poštou na adresu: Hotel DAKOL, Petrovice u Karviné 153, tel. +420 725 749 349.

Razítko a podpis prodejce: