Pionýr, z.s. - Pionýrská skupina Dobruška, Za Univerzitou 869, 518 01 Dobruška, IČO: 68210876, [www.pionyrdobruska.cz](http://www.pionyrdobruska.cz)

**List účastníka LT Suchý Důl-vyplní zákonný zástupce**

**A/ Prohlášení o bezinfekčnosti**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Prohlašuji, že dítě |  | narozené |  | nejeví známky akutního onemocnění (průjem, |
| teplota, kašel apod.) a okresní hygienik ani ošetřující lékař mu nenařídili karanténní opatření. Není mi též známo, že v posledních dvou týdnech přišlo dítě do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí. Toto prohlášení nesmí být starší než 24 hodin. Dítě je schopno se zúčastnit se tábora od …………………………………………………... Jsem si vědom (a) právních následků, které by mě postihly, kdyby toto mé prohlášení bylo nepravdivé. | | | | |

**B/ Telefon zákonných zástupců dítěte, či jiných péčí pověřených osob dosažitelných v době tábora:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Jméno a příjmení |  | č. telefonu |  |
| Jméno a příjmení |  | č. telefonu |  |

**C/ Dítě je:** ☐ plavec ☐ částečný plavec ☐ neplavec

|  |  |
| --- | --- |
| **D/ Dodatečná upozornění zákonného zástupce o speciálních potřebách/stavech dítěte:** |  |
|  | |

**E/ Souhlas se zpracováním osobních údajů**

Souhlasím, aby provozovatel LT Suchý Důl zpracovával osobní údaje týkající se mé osoby/mého nezletilého dítěte výše uvedeného. Souhlas uděluji se zpracováním uvedených osobních údajů za níže uvedenými účely:

1. Údaje o zdravotním stavu – zejména o chronických onemocněních, alergiích a ostatních skutečnostech, které mohou mít vliv na způsobilost dítěte účastnit se letního tábora a souvisejících aktivit, popř. v případě, že si jeho zdravotní stav vyžádá neodkladné lékařské ošetření (např. alergie, léky)

2. Zdravotní pojišťovna pro případ, že si zdravotní stav dítěte vyžádá neodkladné lékařské ošetření

3. Podobizna ve formě a) fotografie b) video c) podobizna (ve formě uvedené výše) ve spojení s uvedením jména a příjmení d) za účelem prezentace správce: na webových stránkách správce, na Facebooku správce, v tisku a jiných médiích.

*Subjekt údajů (jeho zákonný zástupce) má právo svůj souhlas kdykoli odvolat. Odvoláním souhlasu není dotčena zákonnost zpracování vycházejícího ze souhlasu, který byl dán před jeho odvoláním.*

**F/ Neodkladné lékařské/zdravotnické ošetření dítěte/nezletilého**

Souhlasím , aby můj syn/moje dcera výše uvedený/á absolvoval/a lékařské či zdravotnické vyšetření/ošetření (při jeho nutnosti ) za doprovodu zdravotníka, vedoucího nebo hospodáře letního tábora Suchý Důl 29.6.-12.7.2024.

**G/ Další ujednání:**

Byl jsem obeznámen, že:

* Každý účastník tábora podléhá táborovému řádu a podrobuje se všem pokynům vedoucích,
* Nedodržení táborového řádu může být potrestáno i vyloučením z tábora. Dále beru na vědomí, že návštěvy nejsou ze zdravotních důvodů povoleny.
* V případě předčasného odchodu z tábora z důvodu nemoci apod. se finanční částka vrací pouze za stravu.
* Mobilní telefony, elektronika a jiné cennosti nejsou povoleny a provozovatel neručí za ztráty, nebo poškození těchto věcí.
* Dávám souhlas ve smyslu zákona 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, použít uvedené osobní údaje dítěte v rozsahu činnosti na táboře
* Jsem si vědom (a) právních následků, které by mě postihly, kdyby tento list účastníka byl vyplněn nepravdivě.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| V |  | dne |  |  |  |
|  |  |  |  |  | (Čitelný podpis zákonného zástupce dítěte) |

*Toto prohlášení musí být vyplněno v den odjezdu a zákonný zástupce jej povinně odevzdá spolu s průkazem zdravotní pojišťovny a očkovacím průkazem při nástupu na tábor. Výjimkou je potvrzení lékaře, toto potvrzení má totiž platnost po dobu dvou let od vyplnění, pokud mezitím nedošlo ke změně zdravotního stavu.*