Nástupní poukaz na letní tábor *Wakantopa – w kruhu, z. s.*

Indiánské léto / Valarim 2026 v termínu 21/07/2026 – 07/08/2026

Účastníci se zavazují dodržovat Všeobecné podmínky. Pokud je závažným způsobem poruší, vystavují se možnému postihu – vyloučení z tábora. V případě takové nekázně, která povede k porušení zákona o lese, jakož i jiných zákonných norem, případně k újmě na majetku Wakantopa – w kruhu, z. s. nebo dalších právnických i fyzických osob, přejímá přestupce nebo jeho zákonní zástupci veškeré právní i finanční důsledky a zavazují se závazky takto vzniklé uhradit, jakmile o nich budou písemně zpraveni.

Souhlas rodičů/zákonných zástupců s pobytem a prohlášení o zdravotním stavu dítěte

Prohlašuji, že ……
(dále jen účastník) se dobrovolně účastní letního tábora Wakantopa – w kruhu, z.s. Jsem si vědom(a) možných rizik s tím spojených. Jsem informován(a), že účastník je povinen dodržovat všechna standardní bezpečnostní opatření. **Potvrzuji, že jsem četl(a) a souhlasím s Všeobecnými podmínkami pro Dětský letní tábor Wakantopa – w kruhu, z. s.**

Potvrzuji, že účastník je zdravotně schopen zúčastnit se letního tábora v přírodě s ubytováním ve stanech a nemá zdravotní potíže, které by mu v tom bránily nebo má zvladatelné zdravotní potíže, které uvádím níže nebo v příloze.

Ve smyslu zákona 223/2013 a vyhlášky 422/2013 Sb. prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil účastníkovi změnu režimu, že nejeví známky onemocnění (průjem, teplota, kašel, ztráta chuti nebo čichu apod.) a hygienik ani ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření. Není mi též známo, že by v posledních 14 dnech přišel do styku s osobou, která onemocněla jakýmkoliv infekčním onemocněním nebo které byla nařízena karanténa. Jsem si vědom(a) následků vyplývajících z případné nepravdivosti tohoto prohlášení. Zároveň souhlasím s tím, aby v případě akutních stavů virózy, průjmu, alergie apod., byly účastníkovi podány léky z povinného vybavení lékárny dle vyhlášky MZd ČR č. 22/2013 Sb. (Paralen, Endiaron, Zyrtec, atd.) z indikace odpovědné osoby.

Beru na vědomí, že v případě výskytu infekčního onemocnění dítěte může být jeho pobyt na táboře neprodleně ukončen. Jsem srozuměn(a), že jsem v tomto případě povinen po telefonickém avízu (na níže uvedené telefonní číslo) zajistit, a to osobně či pověřenou osobou, odvoz účastníka z tábora domů a následně se řídit pokyny hygienika a ošetřujícího lékaře.

V …….. 21/07/2026
(den nástupu na tábor) *podpis rodičů/zákonných zástupců*

Kontakt na rodiče/zákonné zástupce – kontakt pro neodkladné záležitosti během tábora

Mobilní telefon(y):

Dodatek – užívané léky, alergie nebo jiná zdravotní omezení

Uveďte prosím všechny aktuálně užívané léky a případné alergie dítěte nebo jiná zdravotní omezení

Nepovinně očkován/a proti klíšťové encefalitidě: ☐ ANO ☐ NE ID: WEB