

Přihláška na pobyt Klubu celiakie Brno

Jméno a příjmení dítěte : _____ Rodné číslo : _____

Bydliště : _____

PŠČ : _____ Chodí do _____ třídy Zdravotní pojišťovna : _____

Jméno matky : _____ Jméno otce : _____

Tel.: _____ Tel.: _____

E-mail : _____ E-mail : _____

Uveďte jakoukoliv adresu, kam Vám můžeme posílat zprávy a další informace nejen o pobytu!

Prohlášení rodičů

Závazně přihlašuji dítě na letní rekondiční pobyt v rekreačním středisku OS KOVO v Zubří u Nového Města na Moravě, který se koná v termínu od **13.** do **27. 7. 2025.**

Souhlasím se zpracováním svých osobních údajů a údajů o zdravotním stavu dítěte pro potřeby tohoto rekondičního pobytu ve smyslu zákona o ochraně osobních údajů v platném znění. Souhlasím s pořízením fotografií a případným zveřejněním v rámci propagace letního rekondičního pobytu. Souhlasím s nařízením (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů („GDPR“).

Potvrzuji, že jsem si vědom(a), že mohu na jedno dítě čerpat dotaci maximálně na 21 dnů za jeden kalendářní rok od jednoho ministerstva.

Potvrzuji, že veškeré údaje uvedené na přihlášce a ve zdravotní zprávě jsou pravdivé a úplné a jsem si vědom(a) právních následků, které by mě postihly, kdyby toto mé prohlášení bylo nepravdivé.

Závaznou pro pořadatele se Přihláška stává až uhrazením ceny za pobyt.

Způsob úhrady : v hotovosti* převodem z účtu* složenkou* požaduji vystavit fakturu*

* Dítě dopravím k autobusu do Brna (13.7. v 7,45 hod.) *Dítě přivezu přímo do Zubří (13.7. do 10,00 hod.)

* Dítě si vyzvednu 27.7. v 10,45 hod. v Brně *Dítě si vyzvednu v Zubří nejpozději 27.7. v 8,40 ráno

U svého dítěte upozorňuji na následující zdravotní problémy:

* Má celiakii - nesnášenlivost lepku ANO NE diagnóza K 900 _____

* Je alergické na mléčný cukr – laktózu ANO NE nesmí kravské mléko, zakysané výrobky může _____

* Je alergické na bílkovinu kravského mléka – kasein ANO NE nesmí nic z kravského mléka _____

Je alergické na jiné potraviny, jaké: _____

Je alergické na léky: _____

Používá následující léky: _____

Má jiné zdravotní omezení: _____

V _____ dne _____ 2025

_____ Jméno _____ podpis rodiče

Akce probíhá za přispění Ministerstva zdravotnictví z projektu "Vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením pro rok 2025"