

PÍSEMNÝ SOUHLAS RODIČŮ SE ZAŘAZENÍM DÍTĚTE

na OZDRAVNÝ POBYT v Itálii

Souhlasím s účastí mého syna/dcery _____ s ozdravným pobytem v Itálii- Gargano..... v termínu: 25.8. – 3.9.2021

Souhlasím s uvedením osobních údajů mého dítěte pro potřeby ubytovatele (jméno, adresa, rodné číslo, datum narození) ve smyslu zákona **č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.**

Na pobyt vybavím svoje dítě dle doporučení školy.

Telefonní čísla, na kterých se s námi můžete po dobu školy v přírodě kontaktovat:

- číslo telefonu do zaměstnání _____
- číslo telefonu domů _____
- jiné spojení (nemáte-li telefon) _____

Jsem si vědom(a) toho, že na ozdravný pobyt v Itálii nemůže být vyslán žák, jehož zdravotní stav by mohl být tímto pobytem ohrožen a žák, který by mohl zdravotně ohrozit ostatní žáky. Písemné prohlášení o těchto skutečnostech odevzdám před odjezdem.

Upozorňuji na tyto zdravotní problémy mého dítěte, na které je třeba brát zvláštní zřetel:

(astma, alergie, omezení při tělesných cvičeních, diabetes....)

Při odjezdu na ozdravný pobyt v Itálii odevzdám:

- kopii průkazu zdravotní pojišťovny
- cestovní doklad + kapesné (minimálně 30 Euro)
- potvrzení o bezinfekčnosti
- posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na zotavovací akci
- léky, které dítě pravidelně užívá
(uvedte zde jejich přehled a také způsob užívání)

Pokud mé dítě poškodí, nebo rozbije majetek cestovní kanceláře, souhlasím s tím, že uhradím vzniklou škodu.

V.....dne.....

podpis zákonných zástupců žáka



Základní škola pro žáky s poruchami zraku

Praha 2, nám. Míru 19, tel. 222 515 134, IČO: 48 133 035, IZO: 600020801
www.skolazrak.cz, info@skolazrak.cz

