



**Rezervácia platí až po úhrade NEVRATNEJ rezervačnej zálohy vo výške 50,-€:**

**IBAN : SK45 11 0000 0000 26 23 75 71 56**

**VS: 782019**

**SWIFT : TATRSKBX**

**Správa pre prijímateľa :**

**Záloha : PCOZ1 + meno dieťaťa / prosíme uvádzať LEN presne tento tvar**

**Doplatok : PCOZ2 + meno dieťaťa / prosíme uvádzať LEN presne tento tvar**

O prijatí zálohy Vás budeme informovať.

Po vyplatení zostatku sumy Vám zašleme organizačné informácie k nástupu na pobyt.

**Tlačivá potrebné k nástupu na pobyt :**

**IFORMOVANÝ SÚHLAS RODIČA**

**VYHLÁSENIE O BEZINFEKČNOSTI DIEŤAŤA**

**Nie je ich nutné zasielať s Prihláškou.**

## **Informovaný súhlas**

Svojím podpisom potvrdzujem a súhlasím s podmienkami stravovania, ubytovania v Chate Lesanka, Banská Belá 170, PSČ 96615, s programom pobytu a nemám proti nemu výhrady .

Zároveň súhlasím / nesúhlasím s použitím fotografií pre interné potreby organizátora za účelom propagácie pobytov, zverejnenie fotografií na stránkach spojenej s akciou a akciami tohto druhu.

**Meno dieťaťa :** .....

Meno a priezvisko zákonného zástupcu .....

Podpis zákonného zástupcu .....

---

---

# Vyhlásenie o bezinfekčnosti

**Nie staršie ako 3 dni / spolu s potvrdením od lekára**

podľa podľa Z. z. č. 526/2007

Vyhlasujem, že dieťa

Meno a priezvisko:	
Vek:	

neprejavuje príznaky akútneho ochorenia a že regionálny úrad verejného zdravotníctva ani lekár všeobecnej zdravotnej starostlivosti pre deti a dorast menovanému dieťaťu nenariadil karanténne opatrenie (karanténu, zvýšený zdravotný dozor alebo lekársky dohľad). Nie je mi známe, že by dieťa, jeho rodičia alebo iné osoby, ktoré s ním žijú spoločne v domácnosti, prišli v priebehu ostatného mesiaca do styku s osobami, ktoré ochoreli na prenosné ochorenie (napr. hnačka, angína, vírusový zápal pečene, zápal mozgových blán, horúčkové ochorenie s vyrážkami, výskyt vší v škole, v rodine...). Som si vedomý(á) právnych následkov v prípade nepravdivého vyhlásenia, najmä som si vedomý(á), že by som sa dopustil(a) priestupku podľa § 56 zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

**Odporúčame pred príchodom zabezpečiť, ak v škole sa v posledné obdobie vyskytli vší, prezrieť vlasy a prípadne opätovne použiť prípravok na ich odstránenie.**

V ....., dňa .....

Meno a priezvisko zákonného zástupcu .....

Podpis zákonného zástupcu .....

## Informácia zákonného zástupcu o dieťati :

<p>Alergia :</p>  <p>Strava bezlepková :</p>  <p>Strava bezlaktózová :</p>  <p><b>Po predošlej dohode je možné vyhovieť diétnym obmedzeniam za príplatok 20,- eur , plus priniesť suroviny, ktoré sa bežne na tábore nepoužívajú a dieťa ich vo svojom jedálnom lístku potrebuje mať zastúpené</b></p>	
<p>Lieky – dávkovanie:</p>  <p><b>Doplníte pri nástupe na tábor</b></p>	
<p><b>Čo by sme mali vedieť iné o dieťati :</b></p> <p>Jeho hobby, záujmy, potreby, psychické návyky, niečo, čo by mohlo prispieť, ak je na to navyknuté, k jeho komfortu u nás.</p> <p>Ak je dieťa napr.diabetik ľahkého stupňa alebo trpí na vysoký krvný tlak, prípadne depresiami, zmenami nálad, navštevuje psychológa, prosíme toto uviesť a kontaktovať nás telefonicky pred podaním Prihlášky.</p>	

V .....

dňa .....

Podpis zákonného zástupcu: .....