**Prohlášení pro zimní Tábor oddílu Práčata 2024**

**2. 2. – 8.2.2025**

Jméno účastníka ……………………….…………………………………………………

Datum narození ………………………………………………………………………….

Adresa ………………………………………………………………………….

Souhlasím, aby mé dítě, po dobu pobytu na zimním táboře Práčata 2025, bylo v případě akutního onemocnění či úrazu ošetřeno lékařem nebo zdravotníkem, případně převezeno do zdravotnického zařízení bez mé přítomnosti, pouze v doprovodu odpovědné osoby – člena personálu zimního tábora. Zároveň žádám, abych byl/a následně o nutnosti ošetření informován.

Odpovědné osoby:

Zuzana Navarová Rč: 976020/0164

Ondřej Novák Rč: 970601/0127

Jan Tůma Rč: 040610/4666

Souhlasím, že po dobu tohoto tábora, mohou být dítěti podávány volně dostupné léky, na základě uvážení zdravotníka tábora.

Souhlasím s tím, že dítě může být po dobu tábora, přepravováno osobní automobilovou dopravou, kdy řidičem je jeden z vedoucích tábora.

**Zákonný zástupce**

Jméno: Vztah k dítěti:

Telefon: Email:

Podpis Zákonného zástupce: