



**ZÁKLADNÍ ŠKOLA PIVÍN, okres Prostějov, příspěvková organizace**  
798 24 Pivín 170  
e-mail: zspivin@posta.pvskoly.cz, www.zspivin.cz  
tel. 582 384 230, mob. 776632827  
IČ 75022761, bankovní spojení: ČSOB, a.s., č. ú. 181856157/0300

---

## **PÍSEMNÝ SOUHLAS RODIČŮ SE ZAŘAZENÍM DÍTĚTE NA OZDRAVNÝ POBYT ZÁVAZNÁ PŘIHLÁŠKA**

Souhlasím s účastí mého syna (dcery) .....  
rodné číslo: ..... datum narození: .....  
bydliště: ..... zdravotní pojišťovna: .....  
na ozdravném pobytu v Penzionu LATER, Jindřichov - Pusté Žibřidovice 106, **v termínu od 4. dubna 2016 do 11. dubna 2016.**

Ozdravný pobyt organizuje: ZŠ Pivín, okres Prostějov, příspěvková organizace, 798 24 Pivín 170

Účastnický poplatek **800 Kč** zaplatím v pokladně školy **do pátku 18. března 2016.**

Na ozdravný pobyt v přírodě vybavím svoje dítě dle doporučení školy. V případě zvláštních okolností, např. nekázně, porušování školního řádu a řádu ozdravného pobytu a zejména závažnějšího onemocnění mého dítěte zajistím jeho okamžitý individuální odvoz domů, ještě před stanoveným termínem společného návratu.

Telefonní čísla, na kterých se s námi můžete po dobu lyžařského kurzu kontaktovat:

číslo telefonu do zaměstnání otec: ..... matka: .....

číslo telefonu domů otec: ..... matka: .....

jiný zástupce: .....

Jsem si vědom (a) toho, že na ozdravný pobyt 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

.....  
.....  
.....

(např. astma, alergie, omezení při tělesných cvičeních, diabetes, strach ze tmy, bouřky, noční neklid, případně chození v noci, pomočování, průběh horečky, obvyklá reakce na únavu, zátěž, apod.)

Společně s přihláškou na ozdravný pobyt odevzdám **Potvrzení lékaře o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na ozdravném pobytu. (nejpozději do 18. března 2016)**

Při odjezdu na ozdravný pobyt v přírodě odevzdám

- průkaz zdravotní pojišťovny
- potvrzení o bezinfekčnosti
- léky, které dítě pravidelně užívá (všechny)

Uveďte zde přehled léků a také způsob užívání:

.....  
.....  
.....  
.....

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

V Pivíně dne.....

Podpis zákonných zástupců žáka.....