

Letní příměstský pobyt

Závazná přihláška

Vyplní zákonný zástupce

Název pobytu: _____

Datum pobytu: _____

Jméno a příjmení účastníka: _____

Rodné číslo účastníka: _____

Bydliště: _____

Zdravotní pojišťovna: _____

Jméno a příjmení zákonného zástupce: _____

Telefonní číslo (popřípadě tel. do zaměstnání): _____

E-mailová adresa (prosíme čitelně): _____

Přihlašuji závazně své dítě na léčebný pobyt. Souhlasím s podmínkami a cenou. Souhlasím s tím, aby Soukromá klinika LOGO s.r.o. zpracovávala a použila v nezbytném rozsahu osobní údaje obsažené v této přihlášce a další osobní údaje ve formě vizuálního resp. audiovizuálního záznamu, pořízené během léčebného pobytu - zejména ke své zdravotnické, pedagogické, vědecké a jiné činnosti. Její součástí je i případné zveřejňování v rámci obvyklé prezentace na odborných setkání.

Tento souhlas se uděluje podle příslušných ustanovení zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů.

Pobyt je určen pro děti od 4 do 8 let.

Letní pobyty na klinice LOGO jsou určeny převážně pro naše dětské klienty vedené s logopedickými diagnózami - dyslalie, opožděný vývoj řeči, vývojová dysfázie nebo koktavost. Pro děti s jinými poruchami komunikace, jako například poruchy autistického spektra nebo mentální retardace nabízíme jiné, příhodnější programy, popřípadě akce organizované Občanským sdružením LOGO.

Podpis zákonného zástupce: _____

Podpis ošetřujícího logopeda: _____

Potvrzení o zdravotní způsobilosti klienta k účasti na akci Soukromé kliniky LOGO s.r.o.

Vyplní zákonný zástupce

Akce: Letní pobyt

Jméno a příjmení klienta: _____

Rodné číslo: _____

Jméno a příjmení zákonného zástupce: _____

Bydliště: _____

Informace o zdravotním stavu klienta

*) Nehodící se škrtněte

- **podrobil/a se stanoveným pravidelným očkováním ANO - NE ***
- **má trvalou kontraindikaci proti očkování (typu/druh) ANO - NE * popřípadě jakou:**

- **je alergický/á ANO - NE * popřípadě na co:**

- **omezení ve stravě - specifická dieta ANO - NE * (typ/druh):**

- **dlouhodobě užívá léky ANO - NE * (typ/druh, dávka):**

Poznámka: V případě, že nedosáhl pacient 18 let věku, bude léky podávat odpovědný pracovník Soukromé kliniky LOGO s.r.o.

- **je pravidelně lékařský sledován/a ANO - NE ***
- **trpí záchvatovitým onemocněním ANO - NE ***
- **je plavec/neplavec ***

V případě záchvatovitého onemocnění je nutný Váš souhlas pro vstup dítěte do bazénu nebo vany.

Souhlasím, aby můj syn/dcera absolvoval/a vodní procedury bez omezení.

Dítě je schopno zúčastnit se uvedeného pobytu a jsem si vědom/a právních důsledků, které by mě postihly, pokud by toto mé prohlášení nebylo pravdivé nebo bylo neúplné. Svým podpisem stvrzuji, že jsem nezamlčel/a žádné požadované skutečnosti.

V: _____ dne: _____

Podpis zákonného zástupce: _____