Souhlas s účastí na akci

prosím odevzdejte při nástupu do autobusu

Výjezd 1. ročníků 4. – 8. 9. 2017

**jméno a příjmení studenta: ............................................................třída: .............**

**bydliště: ................................................................datum narození: ………………**

**rodné číslo:** **...............................** **ZP:............................. telefon zákon. zástupce:.......................**.

Beru na vědomí, že se můj syn/ dcera zúčastní školní akce, na které bude dodržovat zásady bezpečnosti a ochrany zdraví, s nimiž byl seznámen/a před odjezdem na toto soustředění. Při nedodržování těchto zásad bude žák/kyně z akce vyloučen/a. Svým podpisem beru na vědomí, že pedagogický dozor studentů účastnících se soustředění bude ukončen v momentě jejich vystoupení z autobusu u SPŠ a VOŠ Chomutov. Pedagogický dozor od tohoto okamžiku nezodpovídá za další chování žákjů ani za jejich návrat domů**.**

**Dne:…………….. podpis zákon. zástupce:…………………**

**zde odstřihněte\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Organizační pokyny:** Odjezd 4. 9. v 10. 00 hod. od SPŠ a VOŠ Chomutov, 5. – 8. 9. v  9,00. Návrat vždy následující den kolem 11. hodiny k budově školy, kde proběhne ukončení akce.

**Doporučené základní vybavení:** Sportovní oblečení, pevná obuv, pláštěnka, hygienické potřeby, toaletní papír, ručník, doklady, průkazka zdravotní pojišťovny, prohlášení o bezinfekčnosti, léky (užíváte-li), hudební nástroje, psací potřeby (blok A4 bez linek, pevná podložka na psaní), baterka, šátek.

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

Zpráva o zdravotním stavu

Jméno a příjmení účastníka:..................................................................

Rodné číslo: ....................................................Zdravotní pojišťovna:..................... Třída:.............. Tel.:.......................

Bydliště:....................................................................................................

Alergie na:..................................................................................................................................................................................

Medikace + nemoci:.....................................................................................................................................................................

Zvláštní sdělení dle Vašeho uvážení: ....................................................

Dne:....................................... Podpis zákonného zástupce:..............................

Prohlášení o bezinfekčnosti

Prohlašují tímto, že můj syn.............................................................................. třída...................

datum narození:.............................., je zdravý, nebylo mu nařízeno karanténní opatření, není

mi nic známo o eventuálním styku syna s nakažlivou chorobou.

Dne …. 9. 2017 Podpis rodiče ....................................