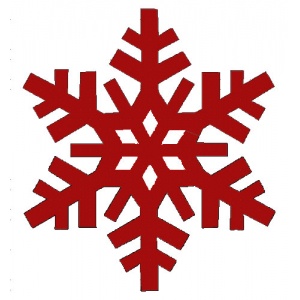
Pobytový jarní tábor pro děti od 6-15 let

**Po stopách sněžného muže**

11. - 16. 2. 2018

Cena 2 000,-Kč

**Informace k táboru:**

****Sraz na tábor dne 11.2.2018 v 15.30 před DDM, odjezd autobusu v 16.00,

návrat 16.2. v 16.00 od Hluchové, příjezd k DDM kolem 16.30 hod.

**Program:**

* SEZNAMOVACÍ HRY
* CELOTÁBOROVÁ HRA: „ Po stopách sněžného muže“
* HRÁTKY NA SNĚHU
* TVOŘENÍ
* HRY
* VÝLET NA FILIPKU
* NOČNÍ HRA
* BOJOVKY

**Co budou děti potřebovat?**

Potřeby pro hygienu, přezůvky, pyžamo, teplé oblečení a obuv (i náhradní ) pro pobyt venku, dostatek ponožek (i teplé), čepice, rukavice (i náhradní ) šátek na hry, oblečení do chaty, psací  potřeby, oblíbenou hračku, knížku nebo hru, boby nebo lopatu , láhev na čaj, batůžek na výlet, kapesné dle uvážení rodičů (spíš nižší), sluneční brýle, baterku pytel nebo igelitovou tašku na použité prádlo, vlastní léky (pokud užívá).

Doporučujeme oblečení podepsat nebo alespoň označit iniciály.

**Nedávejte dětem!!!**

* neúměrné množství peněz (doporučuje se cca 100,-Kč), prstýnky, řetízky a jiné cenné předměty
* mobilní telefony, elektronické hry, rádia, drahé nebo nové oblečení a obuv
* lovecké nože, nebezpečné hračky,
* neúměrné množství cukrovinek, potraviny, nevhodné nápoje (coca-cola, tonic)

**Ubytování**

Ubytování je zajištěno v budově, v pokojích po šesti až deseti dětech. V budově jsou zajištěny standardní lůžkoviny.

**Strava**Naši kuchaři se starají o to, aby dětem nic nescházelo. Naše činnost probíhá v souladu s vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 106/2001 a 148/2004 Sb. O hygienických požadavcích na zotavovací akce pro děti.

**Zdravotnická dokumentace**

Povinností každého rodiče je zajištění následující základní **zdravotnické dokumentace dítěte**:

* **potvrzení lékaře o zdravotním stavu dítěte (**všechna očkování, prodělané infekční choroby a zdravotní omezení, alergie na léky a potraviny, aj.), nesmí být starší více než 1 rok
* **kopii kartičky pojištěnce**
* **bezinfekčnost**- je nutné vyplnit max. 24 hodin před nástupem dítěte na tábor. Žádáme vás o opravdu pečlivé vyplnění. Případná infekční choroba nebo onemocnění by tak vyvolaly celou řadu problémů.

**Nezapomeňte uvést kontaktní telefony na rodiče, případně opatrovnické osoby, zákonné zástupce, kteří budou k dispozici v době konání tábora.**

Řádným vyplněním a dodáním požadované dokumentace sami chráníte své dítě!!!   
**Před odjezdem dítěte na tábor také zkontrolujte, zda nemá vši!**

Pokud dítě užívá léky, tyto odevzdáte společně s dokumentací zdravotníkovi nebo vedoucímu LT.

Prosíme vás o**pečlivé a čitelné vyplnění požadovaných zdravotních dokladů. V případě, že Vaše dítě bere nějaké léky, viditelně je označte jeho jménem a doporučeným dávkováním. Dětem je na táboře zakázáno nechávat si u sebe jakékoliv léky.** Výjimku tvoří pouze inhalátory pro astmatiky a látky podávané jako první pomoc při prudkých alergických reakcích.

Přihlášky do 21.12.2017. Přihlášení na tábor probíhá on-line, po přihlášení na portál DDM moje.ddmtrinec.cz

**Platbu uhraďte nejpozději do 15. ledna 2017:**

* hotově na pokladně DDM
* *převodem-číslo účtu u KB v Třinci: 35-7941610267/0100, uveďte variabilní symbol 221*
* *přes domeček DD: https://ddmtrinec.iddm.cz*

Adresa střediska:

Chata Hluchová, DDM, Nýdek 285, okres Frýdek-Místek

Tel. na Hluchovou: 558 356 222

Na vedoucí Mgr. Michaelu Bayerovou: 774 044 471

Pevná linka na DDM: 558 989 014

**V případě malého zájmu bude tábor zrušen a rodiče budou informováni na základě přihlášek sms nebo e-mailem.**

**Na společně strávený týden s dětmi se těší Michaela Bayerová, Zuzana Lancová a Jindra Bayer a Šárka a Klárka Slepákovy**

**Nástupní list dítěte + potvrzení o bezinfekčnosti - vyplňují rodiče.**

Musí být vyplněn v den odjezdu na tábor a odevzdán při nástupu na tábor spolu s potvrzením o Zdravotní způsobilosti dítěte a průkazem zdravotní pojišťovny.

**Údaje o dítěti**

Jméno a příjmení dítěte………………………………………Rod. číslo………………….

Bydliště…………………………………………………...........Pojišťovna…………………

**Údaje o rodičích**

Jméno matky……………………………...……….………….tel.kontakt………………….

Jméno otce………………………………...……………….. .tel.kontakt…………………..

Adresa pobytu rodičů v době konání tábora………………………………………………

**Prohlášení zákonných zástupců dítěte**

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil výše jmenovanému dítěti změnu režimu, dítě nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teplota, kašel, vši apod.) a okresní hygienik ani ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření. Není mi též známo, že by dítě přišlo v posledních dvou týdnech do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí.

Dítě je schopno účastnit se tábora. Jsem si vědom/a právních důsledků, které by mě postihly, kdyby toto prohlášení bylo nepravdivé.

**Upozornění**

Dítě, za které nebude v den odjezdu zaplacená celá cena poukazu, nebude na tábor přijato. Stejně tak dítě jevící známky onemocnění. Dále jsem vzal/a na vědomí, že návštěvy rodičů na táboře nejsou z výchovných, hygienických a zdravotních důvodů povoleny!

Byli jsme seznámeni s informacemi pro rodiče, které se týkají uvedeného tábora.

Souhlasím s výše uvedeným upozorněním.

V ……………………..dne…………2018

Podpis zákonného zástupce………………………………

*Zde nalepte kopii průkazky*

*zdravotní pojišťovny dítěte*

*(originál průkazky nedávejte!)*

**Potvrzení dětského lékaře o zdravotní způsobilosti dítěte**

**k účasti na škole v přírodě, kurzu plavání, dětském táboře, sportovně-rekreační akci apod.**

Jméno a příjmení dítěte: ……………………………………………………………….…….

Datum narození: …………………… Zdravotní pojišťovna: ………………………….…...

Adresa místa trvalého pobytu: .……..……………………………………………….….......

……………………………………………………………………………………………….….

Posuzované dítě:

- je zdravotně způsobilé

- není zdravotně způsobilé

- je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením):

……………………………………………………………………………………………...…...

Potvrzujeme, že dítě:

- se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO – NE

- je proti nákaze imunní (typ/druh): …………………………………………………………

- má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh) : …………………………………...

- je alergické na : ……………………………………………………………………………...

- dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávkování): ……………………………………………

Jiná důležitá sdělení lékaře: …………………………………………………………...…….

……………………………………………………………………………………….……….….

Potvrzení je platné 1 rok od data vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

Datum vydání posudku: …………….

Razítko a podpis lékaře

\*) Nehodící se škrtněte.