



Městská  
kulturní zařízení  
Litoměřice



Divadlo  
Karla Hynka  
Máchy

# ZÁVAZNÁ PŘIHLÁŠKA

## Divadelní příměstský tábor

Termín : 22. – 26. 7. 2024

Cena: 3.500 Kč

Městská kulturní zařízení v Litoměřicích

Na Valech 2028, 412 01 Litoměřice

IČ: 44557141, DIČ: CZ44557141

Bankovní spojení: Komerční banka a.s.

č. účtu: 123-4085320297/0100

Vedoucí divadla: **Kateřina Baudyšová**

tel.: 774 864 590

email: katerina.baudysova@mkz-ltm.cz

[www.mkz-ltm.cz](http://www.mkz-ltm.cz)

NUTNÉ VYPLNIT VŠECHNY POLOŽKY!

### KONTAKTNÍ ÚDAJE DÍTĚTE

Příjmení

Jméno

Adresa trvalého bydliště

Datum a rok narození

### ZKUŠENOSTI S DIVADLEM

### KONTAKTNÍ ÚDAJE ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE

Příjmení

Jméno

Telefon

E-mail

### SOUHLAS S POŘIZOVÁNÍM ZVUKOVÝCH A OBRAZOVÝCH ZÁZNAMŮ, ZÁSADY ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ A DALŠÍ DŮLEŽITĚ INFORMACE

Jako zákonný zástupce dítěte předávám p.o. Městská kulturní zařízení v Litoměřicích svůj souhlas ke zpracování osobních údajů mého dítěte a souhlasím se zpracováním a uchováním osobních údajů dítěte pro potřeby níže uvedeného organizátora příměstského tábora ve smyslu nařízení EU č. 2016/679, obecná nařízení o ochraně osobních údajů. Dále uděluji souhlas s pořizováním zvukových či obrazových záznamů dítěte pro marketingové účely p.o. MKZ Litoměřice.

Na důkaz souhlasu připojuji svůj podpis.

V .....dne .....

Jméno a podpis zákonného zástupce

# Zdravotní dotazník dítěte

**!! dokument zašlete 10 dní před akcí na email: katerina.baudysova@mkz-ltm.cz**

Prohlašuji, že dítě..... narozen(a).....

zdravotní pojišťovna..... rodné číslo.....

telefon na rodiče..... telefon na druhého rodiče.....

## 1. je alergická(y) na

a) Léky.....

b) Jiné: pyl, potraviny, sluneční záření, hmyzí bodnutí, zvířecí srst \*.....

2. užívá léky (název, přesný rozpis užívání).....

Souhlasím - nesouhlasím\* s tím, aby mé dítě užívalo léky samo

3. má dietu (bezlepková, bezlaktózová)\*, jiné:.....

4. má chronické potíže - bolesti páteře, bolesti kloubů, sklon ke kolapsům, zažívací potíže, ekzémy\* jiné:

5. v nedávné době mělo vážnější úraz.....

6. je po operaci (čeho) ze dne: .....

7. mělo dítě v letošním roce klíště? ANO - NE \* Pokud ano, kdy naposledy.....

8. je očkováno proti: klíšťové encefalitidě..... kdy dokončeno.....

tetanu..... kdy dokončeno.....

jiné..... kdy dokončeno.....

9. je plavec - neplavec

10. jiné sdělení pro zdravotníka.....

\*vyhovující zakroužkujte

## UPOZORNĚNÍ

Výše uvedené údaje slouží výhradně ke zdravotní informovanosti o dítěti na akci. Považují se za osobní data, se kterými budeme dle zákona nakládat. Údaje se archivují a poté, pokud si je rodiče nevyžádají zpět, jsou určeny ke skartaci. Podpisem stvrzuji, že jsou údaje pravdivé, a že souhlasím v případě nutnosti s převozem dítěte lékaři pořadatelem.

v ..... dne.....

Jméno a podpis zákonného zástupce

## Potvrzení o bezinfekčnosti a aktuálním zdravotním stavu dítěte / prohlášení zákonného zástupce

Prohlašuji, že dítě..... narozen(a).....

bytem .....

nejeví známky akutního onemocnění (například horečky nebo průjmu) a ve 14 kalendářních dnech před nástupem na akci nepřišlo do styku s fyzickou osobou nemocnou infekčním onemocněním, nebo podezřelou z nákazy, ani mu není nařízeno karanténní opatření  
Dítě je schopno se zúčastnit akce stanoveného typu ve stanoveném termínu.

Není mi známo, že dítě přišlo do styku s osobami, které by onemocněly přenosnou nemocí. Svým podpisem stvrzuji, že dítě nejeví známky onemocnění. Dále prohlašuji, že dítěti byl bezprostředně před nástupem na akci pečlivě zkontrolován vlasový porost a nebyla zjištěna přítomnost vši dětské ani živých či mrtvých hnid.

Jsem si vědom(a) právních i finančních důsledků, které by mě postihly, kdyby toto mé prohlášení bylo nepravdivé.

v ..... dne .....

Jméno a příjmení zákonného zástupce