

Úřad Oblastního spolku Českého červeného kříže, Křenová 66, Brno 602 00  
Tel.: 549241992, 541212318, e-mail: cck@cck-brno.cz

## **Závazná přihláška**

**na ozdravný zahraniční pobyt pro astmatické, alergické děti, děti s častým  
onemocněním horních cest dýchacích a kožním onemocněním**

místo: **Itálie - Kalábrie , Guardavalle Marina** termín: **2.-18.7.2010**

jméno a příjmení : .....

datum narození : ..... číslo pasu : .....

rodné číslo : ..... tel. spojení domů.....

bydliště : ..... PSC:.....

u které pojišťovny je dítě pojištěno : .....

zaměstnání, adresa, e-mail a tel. :

otec : .....

matka : .....

spojení na rodiče během pobytu dítěte : .....

.....

Po odevzdání závazné přihlášky vč. zprávy od lékaře, a dokladu o zaplacení nevratné zálohy 500,-Kč bude vaše dítě zařazeno do seznamu účastníků ozdravného pobytu. Pobyt můžete uhradit ve 3 splátkách: I-záloha 500,-Kč ihned, II.splátka – 5 000,-Kč do 30.4.2010, III.-doplatek 7 480,-Kč do 15.6. 2010

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

.....  
podpisy obou rodičů

## POTVRZENÍ LÉKAŘE (ODBORNÉHO LÉKAŘE)

Jméno a příjmení dítěte .....

Potvrzuji, že dítě je zdravotně postižené, chronicky nemocné (nehodící se škrtněte)

.....(uveďte diagnózu),

je v evidenci odborného lékaře .....  
(vypsat název odbornosti)

a může se zúčastnit rekondičního pobytu Českého červeného kříže.

zaškrtněte zdravotní indikaci dítěte :

- **psoriáza (MKN L40) všech forem nebo rozsáhlejší atopický ekzém (MKN L20),**
- **tzv. dermorespirační syndrom v soustavném léčení, tj. atopický ekzém (MKN L20) v souběhu s chronickým onemocněním dolních cest dýchacích (MKN J40-J45),**
- **bronchiální astma (MKN J45) a jeho podskupiny, v soustavném léčení,**
- **chronická obstruktivní plicní nemoc (MKN J448), v soustavném léčení,**
- **alergické onemocnění horních cest dýchacích způsobené pylem (MKN J30),**
- **chronický zánět dutin (MKN J32),**
- **jiná respirační, dermatologická, alergologická a ORL onemocnění, která mají recidivující charakter nebo jejichž příčinou je snížená obranyschopnost organismu dítěte**

Dále uvádím, že dítě:

- se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ano – ne
- je imunitní proti nákaze (typ/druh).....
- má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh).....
- je alergické na .....
- dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka).....

Jiné zdravotní potíže : .....

Datum vydání posudku.....

.....  
podpis, jmenovka lékaře  
razítko zdrav. zařízení