

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

Závazná přihláška

na ozdravný zahraniční pobyt

Řecko, Leptokarie 1.7. – 16.7. 2017

jméno a příjmení :

datum narození : číslo pasu :

rodné číslo : tel. spojení domů.....

bydliště :PSC:.....

pojišťovna u které pojišťovny je dítě pojištěno :

spojení na rodiče během pobytu dítěte zaměstnání, adresa, e-mail a tel.

otec.....

matka :.....

Po odevzdání závazné přihlášky a dokladu o zaplacení zálohy 2 000,-Kč budete zařazeni do seznamu účastníků ozdravného pobytu. Pobyt můžete uhradit ve 2 splátkách:

I.-záloha **2 000,-Kč ihned** s odevzdáním přihlášky, II. splátka – **10 000,-Kč do 30.5.2017**

Číslo účtu: 107- 1482920217/0100

(do poznámky prosím uveďte : Leptokarie a jméno dítěte)

V Brně dne

.....

Podpis rodičů

POTVRZENÍ PRAKTICKÉHO NEBO 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