

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, Nei Pori 29.6. – 15.7. 2018**

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 3 000,-Kč budete zařazeni do seznamu účastníků ozdravného pobytu. Pobyt můžete uhradit ve 2 splátkách:

I.-záloha 3 **000,-Kč ihned** s odevzdáním přihlášky, II. splátka – **10 000,-Kč do 30.5.2018**

Číslo účtu: 107- 1482920217/0100

( do poznámky prosím uveďte : Nei Pori a jméno dítěte)

Souhlasím se zpracováním osobních údajů pro potřeby ozdravného pobytu

Souhlasím s pořizováním fotodokumentace v průběhu ozdravného pobytu

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)

.....(uved'te 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