

Závazná přihláška na ozdravný pobyt v Horských lázních Karlova Studánka, státní podnik v rámci projektu „Ozdravné pobyty předškolních dětí městského obvodu MOaP V.“

-----ÚDAJE O ÚČASTNÍCÍCH OZDRAVNÉHO POBYTU-----

Údaje o dítěti účastnícím se ozdravného pobytu (dítě navštěvující MŠ městského obvodu MOaP)

Jméno, příjmení:

Datum narození:

Speciální stravovací návyky (pouze potvrzené lékařem):

Údaje o dítěti účastnícím se ozdravného pobytu (2. dítě navštěvující MŠ městského obvodu MOaP - vyplňte pouze v případě, že s sebou na pobyt berete 2 děti z MŠ)

Jméno, příjmení:

Datum narození:

Speciální stravovací návyky (pouze potvrzené lékařem):

Údaje o osobě dospělého doprovodu

Jméno, příjmení:

Datum narození:

Speciální stravovací návyky (pouze potvrzené lékařem):

Telefonní číslo, e-mail:

Vztah k výše uvedenému dítěti/dětem:

Údaje o 2. osobě dospělého doprovodu (vyplňte pouze v případě, že na pobyt berete 2 děti z jedné MŠ)

Jméno, příjmení:

Datum narození:

Speciální stravovací návyky (pouze potvrzené lékařem):

Telefonní číslo, e-mail:

Vztah k výše uvedenému dítěti/dětem:

-----STŘÍDÁNÍ-----

Dojde v průběhu pobytu ke střídání osoby dospělého doprovodu?

ANO

NE

Koho bude střídat:

Datum střídání:

Údaje o osobě dospělého doprovodu - střídající

Jméno, příjmení:

Datum narození:

Speciální stravovací návyky (pouze potvrzené lékařem):

Telefonní číslo, e-mail:

Vztah k výše uvedenému dítěti/dětem:

-----SAMOPLÁTČI-----

Mám zájem o účast dalšího dítěte jako samoplátce (dítě nenavštěvující MŠ starší 3let věku – například starší sourozenec ze ZŠ)?

ANO

NE

Termín účasti:

Údaje o účastníkovi – dítě samoplátce

Jméno, příjmení:

Datum narození:

Mám zájem o účast další dospělé osoby jako samoplátce?

ANO

NE

Termín účasti:

Údaje o dospělé osobě samoplátci

Jméno, příjmení:

Datum narození:

Telefonní číslo, e-mail:

-----DOPRAVA-----

Pro dopravu **do** Karlovy Studánky využijeme společný autobus.

ANO

NE

Pro dopravu **z** Karlovy Studánky využijeme společný autobus.

ANO

NE

Prohlašuji, že jsem se podrobně seznámil/a s podmínkami účasti na ozdravném pobytu v Horských lázních Karlova Studánka, státní podnik (Příloha č. 1 této Závazné přihlášky), a že tyto podmínky budu v průběhu pobytu dodržovat.

Datum:

Podpis osoby dospělého doprovodu:

Datum:

Podpis osoby dospělého doprovodu - střídající:

Seznam příloh

Příloha č. 1: Podmínky účasti na ozdravném pobytu v rámci projektu „Ozdravné pobyty předškolních dětí městského obvodu MOaP V.“