

PRIHLÁŠKA 2017 - EKOTÁBOR GAZDÁČIK

MIESTO: FARMA GAZDÁČIK / CHKO Štiavnické vrchy

Organizuje : Občianske združenie NOEMOVA ARCHA, Banská Belá

IČO : 37999222, DIČ : 2022063527

Účastník – dieťa :

Termín pobytu / číslo turnusu :	
Meno a priezvisko:	
Dátum narodenia:	
Adresa trvalého bydliska:	
Číslo poistenca na zdravotnom preukaze:	

Zákonný zástupca :

Meno a priezvisko:	
Adresa trvalého bydliska:	
Kontakt – osobný mobil	
Kontakt – zamestnanie / názov firmy a telefón do práce	
Kontakt – email	

V dňa.....

Podpis zákonného zástupcu

Rezervácia platí až po úhrade nevratnej rezervačnej zálohy vo výške 50,-€:

IBAN : SK45 11 0000 0000 26 23 75 71 56

VARIABILNÝ SYMBOL: 2017

SWIFT : TATRSKBX

Do správy pre prijímateľa uveďte IBA! tento tvar:

PLATBA ZALOHY: PCOZ1+MENO DIETATA

DOPLATOK: PCOZ2+ MENO DIETATA

Po prijatí zálohy Vám bude zaslaný potvrdzujúci email spolu s organizačnými informáciami k nástupu na pobyt. Po uhradení zvyšnej sumy Vám bude vystavená faktúra na celú sumu. Zvyšná suma sa vyplatí po uzatvorení objednávok - inštrukcie budú zaslané mailom.

Odovzdáte pri nástupe na pobyt :

Informovaný súhlas

Svojím podpisom potvrdzujem a súhlasím s podmienkami stravovania, ubytovania v Chate Lesanka, Banská Belá 170, PSČ 96615, s programom pobytu a nemám proti nemu výhrady .

Zároveň súhlasím / nesúhlasím s použitím fotografií pre interné potreby organizátora za účelom propagácie pobytov, zverejnenie fotografií na stránkach spojenej s akciou a akciami tohto druhu.

Meno dieťaťa :

Meno a priezvisko zákonného zástupcu

Podpis zákonného zástupcu

Vyhlásenie o bezinfekčnosti

Nie staršie ako 3 dni / spolu s potvrdením od lekára

podľa podľa Z. z. č. 526/2007

Vyhlasujem, že dieťa

Meno a priezvisko:	
Dátum narodenia:	
Adresa trvalého bydliska:	

neprejavuje príznaky akútneho ochorenia a že regionálny úrad verejného zdravotníctva ani lekár všeobecnej zdravotnej starostlivosti pre deti a dorast menovanému dieťaťu nenariadil karanténne opatrenie (karanténu, zvýšený zdravotný dozor alebo lekársky dohľad). Nie je mi známe, že by dieťa, jeho rodičia alebo iné osoby, ktoré s ním žijú spoločne v domácnosti, prišli v priebehu ostatného mesiaca do styku s osobami, ktoré ochoreli na prenosné ochorenie (napr. hnačka, angína, vírusový zápal pečene, zápal mozgových blán, horúčkové ochorenie s vyrážkami). Som si vedomý(á) právnych následkov v prípade nepravdivého vyhlásenia, najmä som si vedomý(á), že by som sa dopustil(a) priestupku podľa § 56 zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

V, dňa

Meno a priezvisko zákonného zástupcu

Podpis zákonného zástupcu

Informácia od zákonného zástupcu:

Alergia dieťaťa na:	
Užíva lieky – dávkovanie	
Čo by sme mali vedieť iné o dieťati, jeho hobby, záujmy, potreby, psychické návyky....niečo, čo by mohlo prispieť, ak je na to navyknuté, k jeho komfortu u nás	

V

dňa

Podpis zákonného zástupcu: