FLORBALOVÝ KEMP 2019

www.florbalhs.com/kemp-2019, www.torpedohavirov.cz/kemp-2019

Údaje v této přihlášce slouží pouze pro potřeby FbK Horní Suchá a Torpedo Havířov.

ZÁVAZNÁ PŘIHLÁŠKA NA 13. LETNÍ FLORBALOVÝ KEMP

Termín soustředění:

29. 6. - 5. 7. 2019 Řeka-Smilovice, ročníky 2004 a 2005

Jméno a příjmení dítěte:……..……
Datum nar.:…….……
Adresa:…….……...
……..PSČ……...…
Telefon:……..E-mail:……...……..
Zdravotní pojišťovna:……

Jméno zákonného zástupce:……..……....
Zaměstnavatel:……..……
Telefon ……

Velikost trička(Aktuální výška dítěte v cm)……cena 300 Kč ANO - NE
(kvalitní pamětní triko sublimo, materiál cooltech, speciální design, jména účastníků)

Dítě je: plavec - neplavec

. ..……
podpis zákonného zástupce

Veškeré další informace o soustředění se dozvíte na info. schůzce (termín bude upřesněn), nebo kontaktujete organizátory tel. **604 758 831 Petr Krucina.**

Nutná registrace online: **www.florbalhs.com/kemp-registrace/**
www.torpedohavirov.cz/kempregistrace/

……

Soustředění v plné výši **3.500 Kč,** musí být uhrazeno nejpozději do 20. 5. 2019, záloha 1500 Kč do 1. 4. 2019. Záloha je vratná pouze pokud si účastník (který se nemůže kempu účastnit) sežene za sebe náhradu nebo pokud by se kemp neuskutečnil ze strany pořadatele. Platba na účet **2101138278/2010**.

OTOČ =>

FLORBALOVÝ KEMP 2019

www.florbalhs.com/kemp-2019, www.torpedohavirov.cz/kemp-2019

Závazný pokyn pro příslušného dětského lékaře

Potvrzuji, že dítě:

a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO – NE

b) dostalo sérum proti:……..…….

c) je alergické na:……..…….

d) dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka):……..

……

……

e) zvláštní upozornění:……

……

……

Podle zdravotních záznamů uvádím, že dítě k účasti na florbalovém kempu:

a) je zdravotně způsobilé

b) není zdravotně způsobilé

c) je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením)

Je možné použít kopii potvrzení o preventivní prohlídce (JPP) měla by být založena na škole dítěte nebo lékařské potvrzení ke sportovním hrám. Posudek je platný 12 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

V……. dne……..

……..

razítko a podpis lékaře