ŽÁDOST O ZAŘAZENÍ DÍTĚTE NA TUZEMSKÝ OZDRAVNÝ POBYT V ROCE 2018

Žádám o zařazení dítěte do turnusu ozdravného pobytu v lokalitě: **BESKYDY**
Dítě splňuje podmínky stanovené VoZP ČR pro účast na ozdravném pobytu. Horní Bečva, hotel Kahan

DÍTĚ	Příjmení a jméno dítěte:	Číslo pojištěnce: (rodné č.)	
	Požadovaný turnus* (volí se jen jeden):		
	Náhradní turnus (může být i několik termínů):		
	Dřívější účasti na ozdravných pobytech (rok, místo):		
	Požadované nástupní místo (označte): ☐ **PRAHA** ☐ **BRNO** ☐ **OLOMOUC** ☐ **VLASTNÍ DOPRAVA**		
	* Pokud bude kapacita Vámi zvoleného termínu již naplněna, dítě bude zařazeno **do neobsazeného turnusu**. Pokud trváte na zařazení do již naplněného turnusu, bude dítě zařazeno jako NÁHRADNÍK.		
RODIČ/ZÁK. ZÁSTUPCE pojištěný u VoZP ČR	Příjmení a jméno:	Číslo pojištěnce: (rodné č.)	
	Bydliště (adresa pro korespondenci: ulice, č.p., PSČ, město):		
	Telefon matka:		
	Telefon otec:		
	Telefon domů/zaměstnání:	E-mail:	

Finanční příspěvek zákonných zástupců dítěte v roce 2018 na ozdravný pobyt činí **3 200,- Kč** na jedno dítě.

Platbu je nutno uhradit nejpozději 6 týdnů před nástupem na ozdravný pobyt.

Souhlasím s předáním výše uvedených identifikačních údajů na dobu nezbytně potřebnou pro organizování ozdravného pobytu v roce 2018, nejdéle však do 30. 9. 2018, pracovníkům společnosti KOVOTOUR PLUS, s.r.o., se sídlem Přívozská 949/12, Ostrava, 702 00, kteří zajišťují ozdravný pobyt, v rozsahu nutném pro organizaci a zajištění ozdravného pobytu.

☐ **SOUHLASÍM** **Zakřížkováním prosím vyjádřete aktivní souhlas, bez něj dítě nemůže být zařazeno na ozdravný pobyt.**

Termíny pobytů Beskydy 2018:

01B 04. 07. – 18. 07.	**02B** 18. 07. – 01. 08.	**03B** 01. 08. – 15. 08.	**04B** 15. 08. – 29. 08.

Žádost bez přiloženého formuláře „NÁVRH NA UMÍSTĚNÍ DÍTĚTE NA OZDRAVNÝ POBYT VoZP ČR“ je neplatná!

Svým podpisem stvrzuji, že veškeré uvedené údaje jsou úplné a pravdivé a že jsem nezamlčel/a žádné skutečnosti, které by vylučovaly účast dítěte na ozdravném pobytu podle podmínek stanovených VoZP ČR.

Dne **Podpis rodiče (zák. zástupce) dítěte:** ……

VoZP 201

NÁVRH NA ZAŘAZENÍ DÍTĚTE NA OZDRAVNÝ POBYT VoZP ČR – díl 1 (pojišťovně k dokumentaci)

VYPLNÍ RODIČ/zák. zástupce

Příjmení a jméno dítěte:		Číslo pojištěnce: (rodné č.)	
Škola (třída):		Sourozenci (počet, věk):	
Dřívější účast na ozdravném pobytu (rok, místo):			
Rodiče (zákonný zástupce):		Tel.:	
Bydliště (adresa) vč. PSČ:			
Dne:	Podpis rodiče (zák. zástupce)		

VÝSLEDEK LÉKAŘSKÉHO VYŠETŘENÍ

Nemoci a úmrtí v rodině:

Přestálé nemoci dítěte (zejména nemoci infekční – uveďte kdy, zvláště bezprostředně přestálé):

Očkování proti: **TE** V roce:

Reakce:

Potvrzuji, že další předepsaná očkování proti přenosným nemocem byla provedena v řádných termínech podle vyhlášky MZ č. 19/1994 Sb.

Váha (kg): Výška (cm):

Nynější zdravotní obtíže a rizika – alergická reakce na léky, současná léčba, případné laboratorní vyšetření uveďte v příloze apod.

Ostatní somatický nález (uveďte všechny patologické odchylky, zvláště pokud mají vliv na umístění na ozdravném pobytu).

STANOVISKO NAVRHUJICÍHO LÉKAŘE

Dg.:..... Číslo dg:.....

Potvrzuji, že dítě je schopno absolvovat ozdravný pobyt a nemá žádnou stanovenou kontraindikaci k ozdravnému pobytu či některou obecnou kontraindikaci uvedenou v indikačním seznamu lázeňské péče.

Dne: Razítko ZZ, jmenovka a podpis lékaře

STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE VoZP

Dne: Jmenovka a podpis revizního lékaře

VoZP 201

NÁVRH NA ZAŘAZENÍ DÍTĚTE NA OZDRAVNÝ POBYT VoZP ČR – díl 2 (turnusovému lékaři k dokumentaci)

VYPLNÍ RODIČ/zák. zástupce

Příjmení a jméno dítěte:		Číslo pojištěnce: (rodné č.)	
Škola (třída):		Sourozenci (počet, věk):	
Dřívější účast na ozdravném pobytu (rok, místo):			
Rodiče (zákonný zástupce):		Tel.:	
Bydliště (adresa) vč. PSČ:			
Dne:	Podpis rodiče (zák. zástupce)		

VÝSLEDEK LÉKAŘSKÉHO VYŠETŘENÍ

Nemoci a úmrtí v rodině:

Přestálé nemoci dítěte (zejména nemoci infekční – uveďte kdy, zvláště bezprostředně přestálé):

Očkování proti: **TE** V roce:

Reakce:

Potvrzuji, že další předepsaná očkování proti přenosným nemocem byla provedena v řádných termínech podle vyhlášky MZ č. 19/1994 Sb.

Váha (kg): Výška (cm):

Nynější zdravotní obtíže a rizika – alergická reakce na léky, současná léčba, případné laboratorní vyšetření uveďte v příloze apod.

Ostatní somatický nález (uveďte všechny patologické odchylky, zvláště pokud mají vliv na umístění na ozdravném pobytu).

STANOVISKO NAVRHUJICÍHO LÉKAŘE

Dg.:..... Číslo dg:.....

Potvrzuji, že dítě je schopno absolvovat ozdravný pobyt a nemá žádnou stanovenou kontraindikaci k ozdravnému pobytu či některou obecnou kontraindikaci uvedenou v indikačním seznamu lázeňské péče.

Dne: Razítko ZZ, jmenovka a podpis lékaře

STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE VoZP

Dne: Jmenovka a podpis revizního lékaře