**LETNÍ TÁBOR ŠKOLNÍ DRUŽINY – přihláška 2019**

Přihlašuji svého syna/ dceru……………………………………………………………………………………………………………………..tř………………..

adresa:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…..

rodné číslo:………………………………………………….. - u dětí, které nejsou žáky naší školy

na letní tábor školní družiny, který proběhne - **místo:**  rekreační zařízení Valcha Počátky

- **termín:** 8. - 12. července 2019/po-pá/

Účastnický poplatek je **2100 Kč**/plná penze, pitný režim, doprava/.

Zálohu **1000 Kč** zaplatím do **15. 5. 2019**, doplatek **1100 Kč** do **15. 6. 2019**/nebo po osobní domluvě jinak/.

**Závazný termín odevzdání přihlášky: 30. 4. 2019** /po tomto termínu nutná osobní domluva, tel.: 381 20 20 20/

Jsem si vědom(a) toho, že na tábor nemůže být vysláno dítě, jehož zdravotní stav by mohl být ohrožen a dítě, které by mohlo ohrozit ostatní žáky. Písemné prohlášení o těchto skutečnostech odevzdám před nástupem na tábor. V případě zvláštních okolností, zejména onemocnění mého dítěte, zajistím okamžitý odvoz dítěte domů.

**Kontakty zákonných zástupců:**

Jméno……………………………………………………………………………………………….................mobil…………………………………………………

e-mail……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

V ……………………………………………………………dne…………………………………………..

………………………………………………………......................

podpis zákonného zástupce dítěte

……………………………………………………………………zde odstřihněte………………………………………………………………………………………

Platby mohou být provedeny hotově v kanceláři školy nebo poukázány na účet č. 704042399/0800

**popis platby** – jméno a třída, **variabilní symbol** – datum narození dítěte.

**Závazný termín odevzdání přihlášky: 30. 4. 2019**

**Zálohu 1000 Kč** zaplatím do **15. 5. 2019**, **doplatek 1100 Kč** do **15. 6. 2019**/nebo po osobní domluvě jinak/.

Jsem si vědom(a) toho, že na tábor nemůže být vysláno dítě, jehož zdravotní stav by mohl být ohrožen a dítě, které by mohlo ohrozit ostatní žáky. Písemné prohlášení o těchto skutečnostech odevzdám před nástupem na tábor:

**1. posudek o zdravotní způsobilosti potvrzený lékařem**

**2. bezinfekčnost**

**3. kopii kartičky zdravotní pojišťovny, popř. léky, které dítě užívá na pokyn lékaře**

Formuláře jsou k vyzvednutí **v kanceláři školy**/tel.: 381 20 20 20/ **nebo na webových stránkách školy**/1.zs.sezimovousti.cz/.