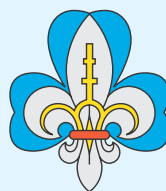


PRIHLÁŠKA NA LETNÝ TÁBOR



SLOVENSKÝ
SKAUTING

ÚDAJE O TÁBORE

Organizátor tábora	34. zbor Don Bosca Bratislava		
Miesto konania tábora	Ješkova Ves	GPS	48.5239981N, 18.3810167E
Čas konania tábora	19. 7. 2022 - 4. 8. 2022		
Účastnícky poplatok	uhradený	IBAN	SK09 1100 0000 0026 6108 0203
Vodca tábora	Daniel Maas		
Tel.	0915 129 915	E-mail	tabor@34zbor.sk

ÚČASTNÍK TÁBORA

Meno a priezvisko Dátum narodenia

Adresa rodičov (zákonných zástupcov) v čase konania tábora

Meno a priezvisko zákonného zástupcu 1

Meno a priezvisko zákonného zástupcu 2

Tel. (kontakt 1)

Tel. (kontakt 2)

VYHLÁSENIE RODIČA (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU) DIEŤAŤA:

záväzne prihlasujem svoje dieťa na uvedené podujatie a plne súhlasím s nasledovným:

- včas uhradím účastnícky poplatok za dieťa,
- prípadný nevyčerpaný zostatok z poplatku bude použitý pre bežnú činnosť skautského oddielu,
- dieťa poučím o tom, aby dodržiavalo pokyny a pravidlá organizátora, zodpovednej osoby, prípadne nimi určenej osoby, pričom organizátor, ani iná osoba zabezpečujúca v mene organizátora priebeh podujatia, nezodpovedá za pády, úrazy alebo poranenia či spôsobenie materiálnej škody alebo inej ujmy, ktoré boli spôsobené nedodržiavaním týchto pokynov a pravidiel,
- súhlasím, že pri hrubom porušení disciplíny môže byť moje dieťa z podujatia vylúčené bez nároku na vrátenie účastníckeho poplatku.

PODMIENKY SPRACÚVANIA OSOBNÝCH ÚDAJOV

Potvrďujeme, že:

- som sa oboznámil s podmienkami spracúvania osobných údajov zo strany združenia Slovenský skauting, o.z., ako aj jeho organizačných jednotiek, ktoré sú dostupné na webovom sídle združenia Slovenský skauting, o.z.: <https://www.skauting.sk/podmienky-ochrany-osobnych-udajov>, pričom neexistuje žiadna prekážka, ktorá by mi v tom bránila (napr. nedostatočný prístup na internet);
- súhlasy so spracúvaním osobných údajov, ktoré sa poskytujú nižšie, boli udelené po tom, čo som sa oboznámil s podmienkami spracúvania osobných údajov (vyššie) a pochopil som, aké sú následky v prípade udelenia každého jednotlivého súhlasu; som si vedomý toho, že svoj udelený súhlas môžem kedykoľvek odvolať, a to zaslaním žiadosti na kontaktné údaje: (i) poštou na adresu: Slovenský skauting, o.z., so sídlom Mokrohájska cesta 6, 841 04 Bratislava, alebo (ii) elektronicky na e-mail: ustredie@skauting.sk.

SÚHLAS SO SPRACOVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV

V zmysle Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov (ďalej len „GDPR“) udeľujem Slovenskému skautingu, o.z. a jeho organizačným jednotkám (ďalej len „prevádzkovateľ“) súhlas na spracúvanie osobných údajov svojho dieťaťa (označte krížikom výber):

- súhlasím, aby sa vyhotovovali fotografie a/alebo videá počas tábora organizovaného združením Slovenský skauting, o.z. alebo jeho organizačnou jednotkou, a teda sa zachytila fyzická podoba môjho dieťaťa na takejto fotografii a/alebo videu, a tieto sa použili na propagáciu tábora, ako aj činnosti a aktivít združenia Slovenský skauting, o.z. a organizačných jednotiek, a to najmä formou ich zverejnenia na webových stránkach, v príspevkoch a v platenej reklame na sociálnych sieťach (najmä Facebook, Instagram, YouTube), v mailoch, newsletteroch a vo vyhľadávaní Google;
- výslovne súhlasím, aby sa spracúvali osobné údaje o zdraví môjho dieťaťa (diagnózach, ktoré boli uvedené v tejto prihláške alebo kedykoľvek neskôr), ak nie sú splnené podmienky podľa § 24 zákona č. 355/2007 Z.z., a to pre účely vedenia evidencie o jeho zdravotnom stave z dôvodu zabezpečenia jeho účasti na táboch a riešenia situácií, v ktorých by mohlo byť jeho zdravie ohrozené alebo jeho účasť na podujatiach negatívne ovplyvnená.

POTVRDENIE PRIHLÁŠKY

Dátum podpisu

Podpis účastníka
(ak účastník nad 18 rokov)

Podpis zákonného zástupcu
(ak účastník do 18 rokov)

VYHLÁSENIE O BEZINFEKČNOSTI ÚČASTNÍKA TÁBORA

Vyhlasujem, že účastník/čka _____

bytom _____

- **neprejavuje príznaky akútneho ochorenia** (napríklad horúčky alebo hnačky),
- **neprejavuje a ani v posledných dvoch týždňoch neprejavoval/-a príznaky vírusového infekčného ochorenia** (horúčka, kašeľ, dýchavičnosť, náhla strata chuti a čuchu apod.),
- **nie je mi známe, že by menovaná osoba, rodinní príslušníci alebo iné osoby, ktoré s menovanou osobou žijú spoločne v domácnosti, prišli v priebehu posledných dvoch týždňov do styku s osobou chorou na infekčné ochorenie alebo podozrivou z nákazy infekčným ochorením** (napr. hnačka, angína, vírusový zápal pečene, zápal mozgových blán, horúčkové ochorenie s vyrážkami, covid-19)
- a že príslušný orgán verejného zdravotníctva ani ošetrojúci lekár menovanej osobe, rodinným príslušníkom alebo iným osobám, ktoré s menovanou osobou žijú spoločne v domácnosti, **nenariadil karanténne opatrenie** (karanténu, zvýšený zdravotný dozor alebo lekársky dohľad).

Prehlasujem, že som bol/-a oboznámený/-á s vymedzením osôb s rizikovými faktormi (viď nižšie) a s odporúčaním, aby som zväzil/-a tieto rizikové faktory pri rozhodovaní o účasti na tábore.

Uvedená osoba je schopná zúčastniť sa skautského tábora v termíne: _____

Beriem na vedomie, že v prípade výskytu infekcie ochorenia covid-19 na tábore, bude tento tábor ukončený. V takom prípade **som povinný/-á bezodkladne zabezpečiť** osobne alebo poverenou osobou **odvoz menovanej osoby z tábora domov** a následne sa riadiť pokynmi príslušného úradu verejného zdravotníctva a ošetrojúceho lekára.

V prípade ukončenia tábora som si vedomý/-á, že nemôžem očakávať vrátenie celého účastníckeho poplatku, ale maximálne doposiaľ nevynaloženej čiastky (čo s ohľadom na fixné náklady tábora nemusí zodpovedať čiastke v pomere za nerealizované dni).

V prihláške uvádzam funkčný kontakt počas doby konania tábora pre prípad nutnosti bezodkladného návratu účastníka domov.

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 _____

(najskôr deň pred nástupom na tábor)

Meno a podpis zákonného zástupcu resp. podpis dospelého/-ej účastníka/-čky: _____

Ministerstvo zdravotníctva SR stanovilo nasledujúce rizikové faktory:

1. Vek nad 65 rokov s pridruženými chronickými chorobami.
2. Chronické ochorenia pľúc (zahŕňa aj stredne závažnú a závažnú astmu bronchiale) s dlhodobou systémovou farmakologickou liečbou.
3. Ochorenia srdca a/alebo veľkých ciev s dlhodobou systémovou farmakologickou liečbou napr. hypertenzia.
4. Porucha imunitného systému, napr.
 - a) pri imunosupresívnej liečbe (steroidy, HIV apod.),
 - b) pri protinádorovej liečbe,
 - c) po transplantácii orgánov a/alebo kostnej drene,
5. Ťažká obezita (BMI nad 40 kg/m²).
6. Farmakologicky liečený diabetes mellitus.
7. Chronické ochorenie obličiek vyžadujúce dočasnú alebo trvalú podporu/náhradu funkcie obličiek (dialýza).
8. Ochorenia pečene (primárne alebo sekundárne).

Do rizikovej skupiny patrí osoba, ktorá spĺňa aspoň jeden bod uvedený vyššie alebo pokiaľ niektorý z bodov spĺňa akákoľvek osoba, ktorá s ňou žije v jednej spoločnej domácnosti.

POTVRDENIE ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI DIEŤAŤA NA POBYT V KOLEKTÍVE V LETNOM SKAUTSKOM TÁBORE

Týmto lekársnym potvrdením osvedčujem, že:

Meno: _____ Priezvisko: _____

Dátum narodenia: _____ Rodné číslo: _____

Bydlisko: _____

Osoba je zdravotne spôsobilá na pobyt v tábore, na zotavovacom podujatí alebo inom podobnom podujatí pre deti a mládež. Potvrdenie je vydané v zmysle § 4 ods. 1 písm. a) Vyhlášky č. 526/2007 Z. z. MZSR o požiadavkách na zotavovacie podujatia – lekár všeobecnej zdravotnej starostlivosti pre deti a dorast, tj. pediater, vydá zákonnému zástupcovi najskôr jeden mesiac pred začiatkom zotavovacieho podujatia potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti na pobyt v kolektíve s ohľadom na charakter podujatia. **Súčasťou potvrdenia sú informácie o užívaní liekov alebo informácie o obmedzení záťaže ak si vyžaduje zdravotný stav účastníka.**

Ak dieťa užíva lieky, na tomto mieste sa uvedú bližšie informácie:

Ak si zdravotný stav dieťaťa vyžaduje obmedzenie záťaže, na tomto mieste sa uvedú bližšie informácie:

Lekár (titul, meno a priezvisko): _____

V _____ Dňa _____

Podpis a pečiatka lekára: _____