



## LIST ÚČASTNÍKA

### NA AKCI V DOBĚ 7. - 20. 7.2024

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: ..... Pojišťovna (ne číslo): .....

Bydliště: .....

Ošetřující lékař, adresa: .....

#### Adresy pobytu zákonných zástupců dosažitelných v době trvání tábora :

1. Jméno a příjmení : .....

Adres a telefon : .....

2. Jméno a příjmení : .....

Adres a telefon : .....

#### UPOZORNĚNÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ

U svého dítěte upozorňuji na tyto nemoci (postižení) a nutnost braní léků, které mohou ovlivnit jeho účast na táboře, přestože byly uvedeny ošetřujícím lékařem. Uvedte, prosím, odlišnosti ve stravovacích návycích, popř. alergie.

.....  
.....  
.....  
.....

Všichni účastníci tábora jsou pojištěni pro případ úrazu.

V .....

Dne .....

.....  
jméno a podpis zákonného zástupce

Prohlášení nesmí být starší 24 hodin před odjezdem.