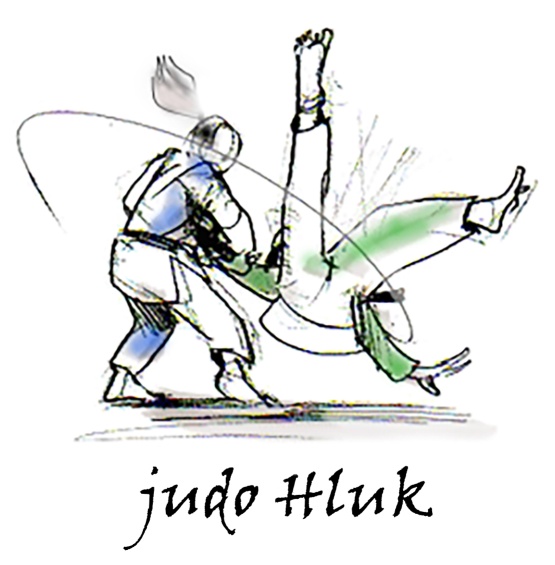
**Oddíl judo Hluk zve zájemce na tréninkový kemp v Hluku**

* termín: 15. 8. 2022 – 21. 8. 2022; nástup od 15. 8. 2021 do 1600 hodin;
* účastníci: U13, U15 a U18;
* ubytování – plně vybavené pokoje: sprcha, umyvadlo a WC;
* plná penze přímo v objektu;
* dvoufázové tréninky, posilování, aktivní odpočinek;
* podmínka min. 5.kyu;
* počet účastníků max. 36;
* cena: 5000,- Kč;
* … a jedno překvapení.

Přihlášky zasílejte na [krejcirik@gmail.com](mailto:krejcirik@gmail.com),nebo na [judohluk@gmail.com](mailto:judohluk@gmail.com)

tel. 608 877 849;

**Prosím o sdělení do 15. 6. 2022 zda má váš oddíl o akci zájem.**

Dotazy:

Krejčiřík Stanislav, [krejcirik@gmail.com](mailto:krejcirik@gmail.com), tel: 608 877 849

**Platbu je nutné uskutečnit na účet TJ Spartak Hluk, do 25. 7. 2022.** Na základě požadavku je možné vystavit fakturu. Přihláška je platná po uhrazení celé částky na účet.

č. účtu: 1542938399/0800; variabilní symbol – rodné číslo účastníka.

**PŘIHLÁŠKA NA TRÉNINKOVÝ KEMP V HLUKU 2022**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jméno a přímení |  | |
| Bydliště |  | |
| Datum narození |  | |
| Rodné číslo |  | |
| Oddíl |  | |
| Jméno odpovědné osoby |  | |
| Kontakt na odpovědnou osobu | emailová adresa | telefon |
|  |  |
| Zdravotní pojišťovna |  | |
| Případná omezení |  | |

Odesláním formuláře potvrzuji, že beru na vědomí:

* poplatek 5000,- Kč neobsahuje úrazové pojištění, pokud si své dítě přejete připojistit proti úrazu, můžete tak učinit na kterékoliv pobočce pojišťovny;
* vyplnit přiložené Čestné prohlášení o neexistenci příznaků virového infekčního onemocnění;
* potvrzujete, že Vaše dítě nemá od lékaře nařízené žádné pohybové omezení;
* že jste se seznámil (a) s informacemi, o způsobu nakládá s osobními údaji, které jsem za účelem členství dítěte dobrovolně poskytl (a);
* poplatek uhradíte před nástupem na soustředění, nejpozději do 25. 7. 2022

na č. ú.: 1542938399/0800, variabilní symbol – rodné číslo účastníka

­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis zákonného zástupce nezletilého[[1]](#footnote-1)

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

O NEEXISTENCI PŘÍZNAKŮ VIROVÉHO INFEKČNÍHO ONEMOCNĚNÍ

**Jméno a příjmení *(dítěte/žáka/studenta/účastníka vzdělávání)***

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

**datum narození:** ...................................................................................................................................

**trvale bytem:** ….....................................................................................................................................

1. Prohlašuji, že se u výše uvedeného dítěte/žáka/studenta/účastníka vzdělávání neprojevují a v posledních dvou týdnech neprojevily příznaky virového infekčního onemocnění *(např. horečka, kašel, dušnost, náhlá ztráta chuti a čichu apod.)*.
2. Prohlašuji, že jsem byl seznámen s vymezením osob s rizikovými faktory a s doporučením, abych zvážil tyto rizikové faktory při rozhodování o účasti na vzdělávacích aktivitách.

V .......................................

Dne ...................................

……………………………………………………………………………… Podpis zletilého žáka/studenta/účastníka vzdělávání

nebo

Podpis zákonného zástupce nezletilého

**Osoby s rizikovými faktory**

**Ministerstvo zdravotnictví stanovilo následující rizikové faktory:**

* 1. Věk nad 65 let s přidruženými chronickými chorobami.
  2. Chronické onemocnění plic *(zahrnuje i středně závažné a závažné astma bronchiale)*

s dlouhodobou systémovou farmakologickou léčbou.

* 1. Onemocnění srdce a/nebo velkých cév s dlouhodobou systémovou farmakologickou léčbou např. hypertenze.
  2. Porucha imunitního systému, např.
     1. při imunosupresivní léčbě *(steroidy, HIV apod.)*,
     2. při protinádorové léčbě,
     3. po transplantaci solidních orgánů a/nebo kostní dřeně,
  3. Těžká obezita *(BMI nad 40 kg/m2)*.
  4. Farmakologicky léčený diabetes mellitus.
  5. Chronické onemocnění ledvin vyžadující dočasnou nebo trvalou podporu/náhradu funkce

ledvin *(dialýza)*.

* 1. Onemocnění jater *(primární nebo sekundární)*.

Do rizikové skupiny patří osoba, která naplňuje alespoň jeden bod uvedený výše nebo pokud některý z bodů naplňuje jakákoliv osoba, která s ní žije ve společné domácnosti.

1. Předložit při příjezdu [↑](#footnote-ref-1)