**POZVÁNKA NA SOUSTŘEDĚNÍ DRUŽSTVA NADĚJÍ ČR**

**Termín**: 1. – 3. února 2018

### Místo konání: TJ Sokol Bedřichov, Sokolovská 122c, Jihlava

### ZŠ Seifertova, Seifertova 1426/5, 586 01 Jihlava

Vedoucí akce: Liběna Menšíková

Hlavní trenér: Blanka Ksandrová

Organ. prac.: Petra Smějová

**Přihlášky do 27. 1. 2018 zasílat na**: libena.lbm@seznam.cz

**Program:**

Příjezd: 1. února 2018, mezi 13,30 – 14,00 hod.

Zahájení: 14,00 hod.

TJ Sokol Bedřichov, Sokolovská 122c, Jihlava

Odjezd: 3. února 2018, ve 14,00 hod.

### ZŠ Seifertova, Seifertova 1426/5, 586 01 Jihlava

Ukončení stravování obědem

**S sebou:** tréninkové oblečení, bílé ponožky, ťapky, česání

stuha, švihadlo, guma, zátěže, nákolenky

plavky, osuška

láhev na pití a ručník do tělocvičny

věci osobní potřeby, hygienické potřeby

**Při příjezdu odevzdat:** kopie kartičky zdravotní pojišťovny

kopie očkovacího průkazu

potvrzení o bezinfekčnosti (aktuální ke dni zahájení soustředění)

platné potvrzení o zdravotní způsobilosti od ošetřujícího lékaře (platí rok)

kontakt na rodiče

**Poplatek**: 150,- Kč / den

|  |
| --- |
| **Zvané závodnice – abecední pořadí:** |
| 1. Gumenyuk Veronika (SK TART MS Brno)
2. Hirn Anabel Julia (SK MG Máj ČB)
3. Jilečková Mariana (SK Jihlava)
4. Koudelková Lucie (SK TART MS Brno)
5. Kouřilová Berenika (SK TART MS Brno)
6. Macešková Veronika (TJ SPKV)
7. Michálková Veronika (SK Jihlava)
8. Nezbedová Natali (SK MG Máj ČB)
9. Prokšová Anna (TJ Sokol Bedřichov)
 | 1. Říhová Barbora (TJ Sokol Praha VII)
2. Sedláková Nela (SK TART MS Brno)
3. Sehedi Jevgenija (SK Motorlet Praha)
4. Sládková Nikol (SK TRASKO Vyškov)
5. Smějová Tina (ZŠ Hostivař Praha)
6. Stieblerová Nikola (SK Jihlava)
7. Šiková Barbora (SK TART MS Brno)
8. Štěpánková Ema (TJ Bohemians Praha)
9. Václavíková Denisa (SK TART MS Brno)
10. Vintrová Lucie (ZŠ Hostivař Praha)
 |
| ***Tato pozvánka na soustředění slouží rovněž jako omluvenka ze školního vyučování pro výše uvedené zvané účastnice.******12. ledna 2018******Realizační tým Družstva nadějí ČR*** |

**Prohlášení zákonného zástupce dítěte o bezinfekčnosti**

 Prohlašuji, že dítě…………………………………………….….., narozené …..……………………,

bytem…………………………………………………………………, nejeví známky akutního onemocnění (například horečky nebo průjmu) a ve 14 dnech před odjezdem nepřišlo do styku

 s fyzickou osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy, ani mu není nařízeno karanténní opatření.

Jsem si vědom(a) právních následků, které by mne postihly, kdyby toto mé prohlášení nebylo pravdivé.

 V ……………………..….. dne …………………. 2018 ………………………………..

  *podpis zákonného zástupce*

**POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI VYDANÝ OŠETŘUJÍCÍM LÉKAŘEM**

Jméno a příjmení posuzovaného dítěte: ……………………………………………………………

Datum narození: ……………………………………………………………………………………

Adresa trvalého pobytu: ……………………………………………………………………………

**ČÁST A:**

Posuzované dítě k účasti na na soustředění moderní gymnastiky, na škole v přírodě nebo zotavovací akci

1. je zdravotně způsobilé (\*)
2. je zdravotně nezpůsobilé (\*)
3. je zdravotně způsobilé s podmínkou ……………………………………… (\*)

(\*) Nehodící se škrtněte.

**Posudek je platný 24 měsíců od data vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.**

**ČÁST B:**

Potvrzení o tom, že dítě:

a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO / NE

b) je proti nákaze imunní (typ/druh) ……………………………………………………………….

c) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh)……………………………………………

d) je alergické na …………………………………………………………………………………..

e) dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka) ……………………………………………………….

Datum vydání posudku: ………………………… Podpis ošetřujícího lékaře (razítko)

***Poučení****: Proti části A) tohoto posudku je možno podat návrh na jeho přezkoumání podle ustanovení § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, a to do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání poskytovateli, který posudek vydal. Pokud poskytovatel návrhu nevyhoví v plném rozsahu, postoupí spis s návrhem na přezkoumání, včetně podkladů potřebných pro přezkoumání lékařského posudku a svého stanoviska, příslušnému správnímu orgánu.*

Jméno (popřípadě jména) a příjmení oprávněné osoby: ……………………………………………..

Vztah oprávněné osoby k dítěti: ………………………………….

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne: ………………………………………

Podpis oprávněné osoby: ……………………………