

Zde nalepte kopii kartičky zdravotní pojišťovny (kopii obou stran):

PROHLÁŠENÍ O BEZINFEKČNOSTI DÍTĚTE

Prohlašuji, že dítě, narozené,

bytem,

je v současné době plně zdravotně způsobilé k účasti na akci, nejeví známky akutního onemocnění (např. horečky a průjemy), a není mi známo, že by ve 14 kalendářních dnech před odjezdem na akci, přišlo do styku s fyzickou osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy. Dítěti není nařízeno karanténní opatření.

Jsem si vědom/a právních a finančních důsledků, které by pro mne vyplynuly, kdyby z nepravdivých údajů tohoto prohlášení vzniklo zdravotní ohrožení dětského kolektivu.

V dne *

.....
Podpis zákonného zástupce

.....
Příjmení a jméno zák. zástupce
(HŮLKOVÝM PÍSMEM)

* toto prohlášení nesmí být starší 1 dne před odjezdem na akci

SOUHLAS S POSKYTNUTÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ

Udělují tímto souhlas společností FK Dukla Praha ženy, z.s. se sídlem Za Hládkovem 680/12, Praha 6 – Střešovice, 169 00, IČ: 03622533, dále FK DUKLA Praha a.s., se sídlem Na Julisce 28/2, 160 00 Praha 6 – Dejvice, IČO: 27796388, a dále Fotbalový klub DUKLA Praha, spolek, se sídlem Na Julisce 28/2, 160 00 Praha 6 – Dejvice, IČO: 67984142 (dále jen „Správce“), aby ve smyslu zákona č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů (dále jen „zákon o ochraně osobních údajů“) zpracovávala poskytnuté osobní údaje:

- jméno a příjmení účastníka Duklakempu
- datum narození účastníka Duklakempu
- rodné číslo účastníka Duklakempu
- adresu bydliště účastníka Duklakempu
- jméno a příjmení zákonného zástupce účastníka Duklakempu
- telefonní číslo zákonného zástupce účastníka Duklakempu
- e-mail zákonného zástupce účastníka Duklakempu

Veškeré osobní údaje společnost sbírá přes webový formulář dostupná na <https://fkdukla.cz/zobraz.asp?t=prihlaska>.

Dále souhlasím, aby na základě čl. 6 odst. 1, písm. a) Nařízení zpracoval Správce fotografie, videa, zvukové záznamy (mně a mého dítěte) za účelem prezentace na webu, sociálních sítích a marketingu (zejména v propagačních materiálech, letácích) a prezentace ve výročních zprávách a dalších informačních materiálech.

S výše uvedeným zpracováním udělují svůj výslovný souhlas. Souhlas lze kdykoliv odvolat, a to zasláním e-mailu s žádostí na havlasova@fkdukla.cz.

Osobní údaje budou zpřístupněny pouze oprávněným zaměstnancům klubu, či zaměstnancům zpracovatele, a to pouze v míře nezbytné pro účely zpracování.

Svým podpisem prohlašujete, že jste byl/a informován/a o svých právech a povinnostech, zejm. o svém právu (i) na přístup k osobním údajům, (ii) na opravu či doplnění nepřesných nebo nepravdivých osobních údajů, (iii) na výmaz osobních údajů, nejsou-li již osobní údaje potřebné pro účely, pro které byly shromážděny či jinak zpracovány, anebo zjistí-li se, že byly zpracovávány protiprávně, (iv) na omezení zpracování osobních údajů ve zvláštních případech (v) na přenositelnost údajů a taktéž právo (vi) vznést námitku, po níž zpracování osobních údajů bude ukončeno neprokáže-li se, že existují závažné oprávněné důvody pro zpracování, jež převažují nad Vašimi zájmy nebo právy a svobodami, zejména je-li důvodem případné vymáhání právních nároků a (vii) obrátit se na Úřad pro ochranu osobních údajů.

Prohlašuji, že jsem si text tohoto souhlasu pečlivě přečetl/přečetla, obsahu rozumím a souhlasím s ním. To stvrzuji svým vlastnoručním podpisem.

Jméno a příjmení dítěte: narozené:

V dne*

.....
Podpis zákonného zástupce

SOUHLAS S PŘÍPADNÝM OŠETŘENÍM DÍTĚTE, S POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU A PŘEVOZU DÍTĚTE SOUKROMÝM VOZIDLEM

Jméno a příjmení dítěte: narozené:

bytem

Jako zákonný zástupce výše uvedeného nezletilého uděluji, v souladu se zněním zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách, souhlas k tomu, aby během pobytu na letním fotbalovém Duklakempu byly v případě potřeby poskytnuty nezletilému zdravotní služby bez dalšího zjišťování souhlasu zákonných zástupců. Rovněž беру на vědomí, že bude-li to nezbytné, bude nezletilý hospitalizován ve zdravotnickém zařízení. Po ošetření či hospitalizaci souhlasím s vydáním dítěte zpět osobě pověřené organizátorem Duklakempu, umožní-li to zdravotní stav nezletilého.

Jako zákonný zástupce nezletilého dále souhlasím s poskytováním informací o zdravotním stavu nezletilého osobě pověřené organizátorem Duklakempu. Organizátor Duklakempu se zavazuje informovat zákonného zástupce o případném ošetření ve zdravotnickém zařízení. Udělením tohoto souhlasu není dotčeno právo zákonného zástupce na informace o zdravotním stavu nezletilého pacienta, na informace o poskytnuté zdravotní péči, ani jiná práva, která ze zákona má.

Jako zákonný zástupce nezletilého dále souhlasím, že v případě nutnosti může pracovník Duklakempu převést nezletilého k nezbytnému ošetření soukromým vozidlem. Tento souhlas se uděluje pouze po dobu trvání Duklakempu.

Termín Duklakempu - 8. 2023 *)

V dne

Podpis zákonného zástupce

.....
Telefon zák. zástupce

.....
Příjmení a jméno zák. zástupce
(HŮLKOVÝM PÍSMEM)

**doplňte datum turnusu Duklakempů, kterého se dítě účastní.*

PROHLÁŠENÍ RODIČŮ

Alergie:

Trvalé užívání léků (např. inhalátory, léky na alergie, ...):

Dietní omezení (např. bezlepková dieta, ...):

Upozorňuji u dítěte na (neobvyklé stavy, nejlí, ...):

