# Prihláška na Malý územný tábor

|  |  |
| --- | --- |
| Meno a priezvisko dieťaťa:Dátum narodenia: | Bydlisko: |
| Potvrdzujem správnosť všetkých údajov, ktoré som poskytol eRku vopred v elektronickej prihláške. |

## Časť A: Informovaný súhlas

**Svojim podpisom dávam súhlas občianskemu združeniu eRko-HKSD k účasti svojho dieťaťa na Malom územnom tábore, ktorý sa uskutoční v Liptovskej Štiavnici v termíne 2.-8.8.2020.**

Zároveň týmto potvrdzujem, že som bol poučený/-á ako dotknutá osoba v súvislosti so spracovaním osobných údajov v súlade so zákonom č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v platnom znení pre účely vyúčtovania nákladov podujatia, ktoré sú tiež zverejnené <https://erko.sk/ochrana-osobnych-udajov/>.

**Meno a priezvisko zákonného zástupcu:**

**Telefónne číslo** zákonného zástupcu:

(v prípade podozrenia na ochorenie COVID-19 môže dieťa zobrať hneď z tábora)

V ............................................... dňa ............................... **Podpis zákonného zástupcu: ............................**

**Časť B: Súhlas zákonného zástupcu so spracovaním fotografií**

Zároveň súhlasím so spracovaním fotografií a videí z aktivít uskutočnených počas tábora. Fotografie budú uverejnené rešpektujúc Smernicu o ochrane detí v eRku a Kódex používania obrazového materiálu a podávania správ (viac informácií na erko.sk/ochranadeti):

**Súhlasím / Nesúhlasím** (nehodiace sa prečiarknuť). **Podpis zákonného zástupcu: ............................**

## Časť C: Prehlásenie o bezinfekčnosti dieťaťa

(potvrdenie nesmie byť staršie ako 1 deň pred nástupom do tábora)

Potvrdzujem, že moje dieťa (hore uvedené údaje) neprejavuje príznaky akútneho ochorenia a že regionálny úrad verejného zdravotníctva, ani lekár všeobecnej starostlivosti pre deti a dorast menovanému dieťaťu nenariadil karanténne opatrenie (karanténu, zvýšený zdravotný dozor alebo lekársky dohľad).

Nie je mi známe, že by dieťa, jeho rodičia, alebo iné osoby, ktoré s ním žijú spoločne v domácnosti prišli v priebehu ostatného mesiaca do styku s osobami, ktoré ochoreli na prenosné ochorenie (napr. hnačka, angína, vírusový zápal pečene, zápal mozgových blán, horúčkové ochorenie s vyrážkami,...).

Potvrdzujem, že moje dieťa nejaví príznaky infekcie COVID-19 (zvýšená teplota, kašeľ, dýchavičnosť) a v priebehu 14 dní pred odchodom neprišlo do styku s osobou chorou na infekčné ochorenie, alebo podozrivou z nákazy a ani jemu, ani inému príslušníkovi rodiny, žijúcemu s ním v spoločnej domácnosti, nie je nariadené karanténne opatrenie.

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 ............................... **Podpis zákonného zástupcu: ............................**

Okrem liekov uvedených v potvrdení o zdravotnej spôsobilosti od lekára, moje dieťa momentálne užíva aj tieto lieky (názov, spôsob užívania):