

- v průběhu celého pobytu platí celé znění školního řádu
- žáci byli poučeni o bezpečném chování a dodržování veškerých pokynů pověřených osob při přepravě, na hotelovém zařízení (zákaz vyklánění se z oken, vycházení na balkony, ničení zařízení, vzdalování se z místa bez dovolení,...) a při pobytu v přírodě
- škody způsobené úmyslně na zařízení hotelu či při přepravě budou uhrazeny zákonnými zástupci
- žáci byli poučeni o nutnosti neprodleně hlásit veškerá (i drobná) poranění či úrazy
- žákům budou v průběhu pobytu podávány léky, které jsou v souladu s potvrzením dětského lékaře
- **pobytu se může účastnit jen dítě, které je zcela zdravé, za infekční je považováno také dítě, které má vší**
- **při zdravotních problémech budeme neprodleně kontaktovat zákonné zástupce na Vámi uvedená telefonní čísla, buďte prosím na příjmu**
- pokud nastanou zdravotní komplikace, budeme kontaktovat MUDr. Dospělovou Zdislavu - dětskou lékařku, MUDr. Včelaře Radka – zubaře (oba sídlí na Horní Bečvě), v případě vážnějších problémů a mimo ordinací dobu uvedených lékařů Zdravotnickou záchrannou službu Zlínského kraje
- žáci budou v případě potřeby ošetřeni u výše uvedených lékařů
- žáci budou v případě potřeby návštěvy lékaře dopravováni taxislužbou TOYOTAXI (603 492 979)
- režim dne (7,30 budíček, 8,00 – 8,30 snídaně, 8,30 – 9,00 osobní volno, 9,00 – 11,30 dopolední program, 11,30 – 12,00 osobní volno, 12,00 – 12,30 oběd, 12,30 – 14,00 polední klid, 14,00 – 17,30 odpolední program, 17,30 – 18,00 osobní volno, 18,00 -18,30 večere, 18,30 – 19,00 příprava na večerní program, 19,00 – 20,00 večerní program, 20,00 – 20,30 příprava na večerku, 20,30 večerka)
- v průběhu programu budou skupinky žáků pod dohledem vždy dvou pedagogů využívat hotelový bazén
- ze zdravotních a bezpečnostních důvodů **nebudou mít žáci s sebou mobilní telefony**
- v případě nutnosti se obračejte na tel: + 420 720 052 435 – Mgr. Marcela Mrázková (vedoucí pobytu)
- v průběhu konání EVVO ozdravného pobytu **nejsou na zařízení ani v jeho blízkosti povoleny návštěvy**
- **v případě vážných kázeňských problémů Vás budeme kontaktovat a budete si muset odvézt dítě na vlastní náklady bezodkladně domů**

_____ ZDE ODSTŘIHNĚTE _____

DOTAZNÍK K ÚČASTI NA EVVO OZDRAVNÉM POBYTU

Jméno a příjmení _____ Datum narození _____

Zdravotní pojišťovna _____ Bydliště _____

Telefon(y), na kterých Vás můžeme v případě nutnosti **kdykoli** zastihnout

Mé dítě je alergik ANO NE

Pokud ano, vypište na co: _____

U svého dítěte upozorňuji na tyto problémy (zakroužkujte prosím ty, které se u Vašeho dítěte vyskytují) astma, diabetes, epilepsie, omezení při tělesném cvičení, stravovací zvláštnosti, jiné – vypište prosím:

Mé dítě pravidelně užívá tyto léky (uveďte čitelně název léku a přesné dávkování)

Beru na vědomí výše uvedené důležité informace týkající se organizace EVVO ozdravného pobytu

podpis zákonného zástupce: _____