



Dětský ozdravný pobyt PAKOŠTANE 19. 6. – 28. 6. 2026

Jméno Příjmení.....

Číslo cestovního dokladu..... Rodné číslo.....

Adresa včetně PSČ.....

Jméno otce/matkytel.....

Adresa

Člen SOSaD ANO * - NE *

Zaměstnavatel:.....

Jméno matky/otcetel

Adresa

Člen SOSaD ANO * - NE *

Zaměstnavatel:

Dítě je: DOBRÝ PLAVEC * PLAVEC * NEPLAVEC *

Souhlas s doplňkovými aktivitami**: ANO * - NE *

jízda motorovým člunem, jízda v ponorce, jízda výletní lodí, jízda na šlapadle jízda na kajaku.

Alergie/ indispozice/ léky předepsané lékařem a jejich užívání/ sdělení pro organizátory:

.....
.....

V.....dne

Podpis zákonného zástupce/zákonných zástupců

*správnou odpověď odklikněte

**Aktivity nejsou součástí ceny ozdravného pobytu a platí se na místě. Jsou organizovány dle zájmu dětí.

***Svým podpisem zákonný zástupce stvrzuje, že byl seznámen s podmínky ozdravného pobytu a souhlasí s nimi.