*ARPZPD, klub STONOšKA, Masarykovo nám. 140, B.p.H*

**PŘIHLÁŠKA NA PSYCHOREHABILITAČNÍ POBYT**

**Místo konání:**

**Termín:**

Všechny vyplněné údaje budou použity pouze k realizaci tábora a případnému pozvání na další tábor.

Data budou uložena v naší databance, ke které má přístup jen organizátor těchto táborů. Všechny údaje vyplňte čitelně a pravdivě aby se předešlo případným nesrovnalostem. V případě nesrovnalostí souvisejících s nepravdivými údaji může být klientův pobyt ukončen na jeho náklady.

**Rodiče prohlašují, že v roce \_\_\_\_\_\_\_\_ nečerpají více než 21 pobytových dnů s dotací Ministerstva zdravotnictví.**

**Souhlasím, že v případě přebytku finančních prostředků na tento pobyt budou tyto finanční prostředky použity na činnost klubu.**

**Dítě**

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Bydliště:

Číslo průkazu ZTP/P:

**Zákonná osoba**

Jméno a příjmení:

Telefonní číslo:

Doručovací adresa:

**Doprovod**

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Bydliště:

*ARPZPD, klub STONOšKA, Masarykovo nám. 140, B.p.H*

**POSUDEK LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE NA POBYTOVÉ AKCE V ROCE \_\_\_\_\_\_\_**

Jedná se o dítě se zdravotním postižením: ANO NE

Pobyt doporučuji: ANO NE

Popis diagnózy:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 Datum Jméno a příjmení lékaře + razítko