**Příměstský tábor Do Afriky! pro děti od 4 do 10 let**

**termín:** 28. 7. - 1.8. 2025

**místo konání:** Společenský dům Bukovinka

**pořadatel:** Obec Bukovinka a MC Konipásek

**účastnický poplatek:** 2500,- Kč (dítě/týden) zaplacený do 25. 4. na bankovní účet obce Bukovinka č. 10623631/0100 (Komerční banka) – variabilní symbol dítěte viz e-mail

**Osobní údaje a informace o účastníkovi**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení |  |
| Datum narození |  |
| Bydliště |  |
| Zdravotní pojišťovna |  |

**Osobní informace a údaje o zákonných zástupcích**

***Matka***

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení |  |
| Datum narození |  |
| Bydliště |  |
| Kontaktní telefon a e-mail |  |

***Otec***

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení |  |
| Datum narození |  |
| Bydliště |  |
| Kontaktní telefon a e-mail |  |

***Jiný***

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení |  |
| Datum narození |  |
| Bydliště |  |
| Kontaktní telefon a e-mail |  |

**Informace o osobách odpovědných za převzetí dítěte (mimo zákonné zástupce):**

| Jméno a příjmení | Datum narození | Kontaktní telefon |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Informace o zdravotním stavu účastníka**

|  |  |
| --- | --- |
| Alergie |  |
| Dieta a specifika ve stravování |  |
| Bude mít s sebou léky |  |
| Jiné zdravotní omezení |  |

V\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Podpis zákonného zástupce

**Vyplněnou a podepsanou přihlášku odevzdejte na Obecní úřad Bukovinka do 25. 4. 2025.**

**Souhlas s poskytnutím stravování**

Já (zákonný zástupce) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ souhlasím, aby moje syn/dcera \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, narozena \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ měl/a během pobytu na příměstském táboře Do Afriky! ve dnech 28. 7. – 1. 8. 2025 zajištěné stravování (obědy) od restaurace Penzion a hostinec Rakovec Bukovinka.

V\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Podpis zákonného zástupce