**Souhlas s účastí na noční hře.**

Souhlasím s tím, aby se mé dítě…………………………………………………………………………………………………………………

****zúčastnilo během pobytu v DT Cvč Domino noční hry – stezka odvahy, při které dítě samostatně a dobrovolně (nikoho nenutíme) prochází cestu kolem tábora, světelně vyznačenou.

Datum………………………………….. / Podpis zákonného zástupce……………………………………………………………………

**Souhlas s uveřejňováním fotografií a videí.**

Souhlasím s tím, aby fotografie a videozáznamy pořízené během účasti mého dítěte na akcích

v Cvč Domino, kde se moje dítě……………………………………………………………………………………………………………………. objevuje, zveřejnily na webových stránkách Cvč Domina a jiných médiích potřebných k propagačním účelům.

Datum………………………………….. / Podpis zákonného zástupce…………………………………………………………………….

**Souhlas se samostatným pohybem dítěte během výletů.**

Souhlasím s tím, aby se během rozchodu při výletech na akcích, pořádaných v Cvč Domino mé dítě

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… pohybovalo v 2-5člených skupinkách v doprovodu osoby starší 15 let (z řad teenagerů).

Datum………………………………….. / Podpis zákonného zástupce…………………………………………………………………….

**Souhlas s účastí dítěte na akcích teenagerů.**

Souhlasím s účastí mého dítěte……………………………………………………………………………………………………………….. na akcích teenagerů pořádaných v CVČ Domino, za doprovodu dospělé osoby z personálu Cvč Domino.

Datum………………………………….. / Podpis zákonného zástupce…………………………………………………………………….

**Souhlas s orientačním testováním dítěte pro přítomnost OPL.**

Souhlasím s testováním přítomnosti návykových látek, existuje-li důvodné podezření a možné ohrožení

 zdraví u mého dítěte……………………………………………………………………………………………..na akcích Cvč Domino

Datum………………………………….. / Podpis zákonného zástupce…………………………………………………………………….

**Souhlas s podáním uvedených léků v případě:**

* **bolestí břicha -** Hylak, Smekta, Černé uhlí, Motilium
* **Zvýšené teploty –** Ibuprofen, Paralen, Panadol
* **anafylaktické reakce** ( potr.alergie projevující se otokem jazyka, rtů, dušností, svěděním kůže, nevolností…)**-** Dithiaden, Prednison, Rectodelt
* **bolesti v krku-**  Anginal
* **kašel-** Stoptusin, Mucoplant, Robitussin

Tímto zplnomocňuji v případě bolestí břicha, zvýšené teploty, bolesti v krku a anafylaktické reakce, vedoucí zdravotníka tábora Cvč Domino, aby podal mému

dítěti……………………………………………………………………………datum narození……………………………………………………

R. č………………………………………………………bydliště………………………………………………………………………………………..

potřebné léky a poskytli vhodnou předlékařskou první pomoc.

Jsem si vědom (a), že vedoucí letního tábora Cvč Domino nenesou žádnou zodpovědnost za případná rizika při správném podání výše uvedených léčiv.

Datum………………………………….. / Podpis zákonného zástupce…………………………………………………………………….

**Souhlas s převozem dítěte.**

Souhlasím s tím, aby mé dítě …………………………………………………………….

bylo v **případě potřeby ošetření lékařem** převezeno osobním autem

řízeným zdravotníkem, vedoucím tábora, nebo jinou pověřenou osobu Cvč Domino do ordinace dětského lékaře či do nemocnice.

Datum………………………………….. / Podpis zákonného zástupce…………………………………………………………………….

