

ODEVZDAT SPOLEČNĚ S LÉKAŘSKÝM POTVRZENÍM

Jméno člena oddílu:

Telefonní číslo rodičů, kam bude zasílat SMS vzkazy:

Adresa rodičů v době konání tábora:

Plavání - přeplave bazén 25 metrů bez rukávků ANO - NE

Zdravotní potíže a omezení:

Pravidelně užívané léky:

Kdy má brát (ráno, večer atd.):

Dávkování:

Nepravidelně užívané léky:

Při jakých potížích brát:

Dávkování:

Alergie na léky:

Nadstandardní očkování (klíšťová encefalitida atd.):