

SPORTOVNÍ SOUSTŘEDĚNÍ **SK INTEGRY CHROUSTOVICE**



27.9.- 2.10. 2026

CO MUSÍM MÍT S SEBOU (bude kontrolováno):

- **zdravotní dotazník (vyplněný)** slovně, ne proškrtaný) **prohlášení o bezinfekčnosti** (datum podpisu v den odjezdu) – podepsané zák. zástupcem
- **léky**, pokud nějaké užívám (s rozpisem dávkování - nutno informovat zdravotníka v den odjezdu) 🚰 🚰
- **kartičku pojištěnce, občanský průkaz**, vhodné je **kapesné** ⚡ (cca. 300 Kč),
- **SPACÁK** (lze zapůjčit), **MALÝ BATOH** (na kolo/turistiku pro osobní věci) **REPELENT**, **BRÝLE** (kolo / slunce), **PLAVKY**, **LÁHEV NA PITÍ**
- **oblečení na ven** (včetně bundy, kraťas, sport. kalhot, šustáky, legíny, slabší bunda a obuv – na turistiku) + **volnočasové (k ohni) + pracovní** (starší oblečení- pracovní aktivity)

Vhodná je i jiná náhradní sportovní obuv a oblečení na volný čas + **pantofle**

- **dostatek spodního prádla a ponožek** (min. 5 = **NUTNÉ!**)
- **hygienické potřeby** (kartáček, pasta, mýdlo, deodorant,...) + **ručník**
- **jídlo a pití** (= svačinu na cestu, v neděli začínáme obědem - strava v OU bude účastníkům odhlášena)

nutno počítat s nepřízní počasí !!! (vždy se lze svléci-odložit věci do batohu, ale když není co....)

 **kolo, cyklo přílbu, cyklorukavice** budeme částečně umět bezplatně zapůjčit (kdo má svoje, je vhodné vzít, ale **je třeba doložit prohlášení, že vlastní kolo je v odpovídajícím technickém stavu** podepsané zák. zástupcem - příp. doklad o servisu kola)

JE VHODNÉ MÍT (doporučujeme):

sladkosti (k doplnění energie, cukru -), baterku / čelovku

Akce začíná v neděli 27.9. (10.00 hod) a končí v OU Chroustovice 2.10. (11.30hod) .

V neděli 27.9. zajišťujeme dopravu z vlakového nádraží Uhersko – třeba nahlásit (kontakt níže)

2.10. v dopoledních hodinách lze účastníky vysadit po trase nazpět: (Svratouch, Krouna, Skuteč, Luže, Chrast....) na základě písemné žádosti zák. zástupce.

PRO PŘÍPADNÝ TEL. KONTAKT: 608 670607 (MRÁZEK ALEŠ – ORGANIZÁTOR)

ZDRAVOTNÍ DOTAZNÍK ÚČASTNÍKA, BEZINFEKČNOST

Pravidelně užívá léky, jaké:

Přesné dávkování léků: **(léky vzít s sebou)**.....

Jméno, příjmení:.....

Rodné číslo:.....

Zjištěna alergie na:.....

Jak se alergie projevuje:.....

Byl/-a syn/dcera v souvislosti s danou alergií někdy hospitalizován/-a v nemocnici?

ANO - NE

Kdy / důvod?

Léčí se s alergií? Užívá léky - jaké? **(vzít s sebou)**.....

Další údaje o zdravotním stavu dítěte: (např. *astma, diabetes, epilepsie, nemoci srdce, jiné – duševní apod.*):.....

Případná zdravotní omezení:.....

Potvrzení o bezinfekčnosti

Tímto potvrzuji, že žák/-yně:....., nar.:....., který/-a je v mé péči, v posledních 14-ti dnech neprodělal/-a infekční onemocnění ani nebyl/-a v kontaktu s takto nakaženou osobou, nebylo mu/ji okresním hygienikem ani ošetřujícím lékařem nařízeno karanténní opatření (karanténa, zvýšený zdravotnický dozor nebo lékařský dohled, apod.).

V

Dne 27.9.2026

Podpis zák. zástupce