

VYPLŇUJE POJIŠTĚNĚC

DÍTĚ - jméno a příjmení:

Číslo pojištěnce (rodné číslo):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MATKA / OTEC / OSOBA, KTERÉ BYL POJIŠTĚNĚC SOUDNĚ SVĚŘEN DO PÉČE

Jméno a příjmení:

E-mail:

Telefon – dobrovolně poskytovaný údaj pro případ lepší komunikace:

PLÁNOVANÝ TYP POBYTU:

vysokohorský

přímořský

lázeňský

IČO organizace, pořádající pobyt, které budete pobyt hradit:

Veškeré vyplněné osobní údaje jsou zpracovávány v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a rady 2016/679 ze dne 27. 4. 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES. Více informací o jednotlivých zpracováních je k nalezení v uveřejněném „**Informačním memorandu GDPR**“.

Svým podpisem potvrzuji, že jsem se seznámil(a) s dokumentem „**Informace poskytované zástupci dítěte v souvislosti se zpracováním osobních údajů při realizaci léčebně ozdravného pobytu**“.

dne:

podpis rodiče (zákonného zástupce) dítěte

VYPLŇUJE PRAKTICKÝ LÉKAŘ PRO DĚTI A DOROST

Stanovená diagnóza (zaškrtněte):

alergické onemocnění horních cest dýchacích způsobené inhalačními alergeny, jež je objektivně laboratorně prokázané, J30

asthma bronchiale, J45

chronická bronchitis, J40 nebo J42

psoriáza všech forem, L40

atopický ekzém, L20

Onemocnění a popis obtíží:

Pravidelně užívané léky (vč. dávkování):

Sezónně užívané léky (vč. dávkování):

Alergie na léky (název léku, projevy):

Alergie na potraviny:

Alergie na jiné látky:

dne:

razítko a podpis PLDD:

VYPLŇUJE určený pracovník ZP MV ČR

Ověření registrace:

dne:

razítko a podpis ZP MV ČR: