**SOUSTŘEDĚNÍ Doksy**

**22.8.2023 – 27.8.2023**



(5 nocí – úterý až neděle)

Příjezd na Mácháč : **v úterý 22.8.2023 mezi 15:00-18:00**

Odjezd domů: v neděli **27.8.2023** odjezd bude od hoteli Kamýk možný **od 10:00-11:00 (po snídani)**. Prosíme rodiče, aby si všechny děti odvezli nejpozději do 11:00 hodin. Doporučujeme domluvit se mezi sebou a vypravit jen nutný počet aut.

Doprava tam i zpět: individuálně rodiči (apelujeme na to, abyste se mezi sebou dohodli a např. jeden rodič odvezl více dětí tam, další rodič zpět do Prahy). Není nutné, aby každé dítě bylo dopraveno vlastními rodiči zvlášť. Případně kontaktujte trenéry, budeme se snažit v této „optimalizaci“ být nápomocni a evidovat volná místa v autech, resp. volné děti do aut:-) **zdraví Greta Thunberg**

Adresa: <https://hotelkamyk.cz/>

 Hotel Kamýk

 Lesní 558, 472 01 Doksy

GPS souřadnice: 50.5698350N, 14.6608411E

Spojení na trenéry: Jan Penc MT: 725 124 845

Tomáš Vávra MT: 775 041 344 e-mail: fogo@seznam.cz

Michal Hejč MT: 731 020 866

 Pavel Nosek MT: 607 553 241

Další info: Spíme v hotelu takže vše by mělo být zajištěné.

Tréninky budou na fotbalovém hřišti v Doksech.

Na Mácháči se budeme koupat, tak prosíme o info v případě, že někdo neumí plavat.

Všechna jídla (snídaně, svačiny, oběd i večeři včetně pitného režimu) budeme mít zajištěny v hotelu Kamýk.

Pokud budete mít jakýkoliv dotaz či nejasnost, neváhejte nás kontaktovat.

**Fotbalová výstroj:**

doporučený SEZNAM VĚCÍ

Láhev na pití

Kopačky, běžecká obuv (tarfy)

Tréninková souprava (kraťasy 2x, triko 2x)

Ponožky do kopaček, stulpny, chrániče

Tepláková souprava a šusťáková bunda (nepromokavá bunda)

**Volný čas:**

Spodní prádlo.

Kšiltovka

Tenisky

Trika s krátkým a dlouhým rukávem

Mikiny 2x

Kraťasy nebo trenky 2x

Tepláky 2x

Holinky +pláštěnka

**Relax:**

Plavky

Pantofle

Batoh na výlety

**Ostatní:**

Pytel na špinavé prádlo, psací potřeby, společenské a osobní hry, knížku apod.

**Zdravotní a hygienické potřeby:**

kapesníky, nejlépe papírové

1x kartáček na zuby + zubní pastu

1x mýdlo

1x osuška

ručník

# Důležité! S sebou též:

**1) kopii zdravotní kartičky a očkovacího průkazu!!!**

2) adresa a telefon na oprávněnou osobu v době soustředění (nemusí to být rodiče, např. pokud budou v zahraničí)

**3)** **Prohlášení o bezinfekčnosti, Souhlas s poskytováním informací a potvrzený Lékařský posudek (viz. poslední dvě strany těchto informací).** **Pokud jste dávali lékařský posudek během sezony, stačí tedy jen bezinfekčnost a souhlas.**

4) seznam **všech** léků včetně dávkování, které bude mít hráčka s sebou (dávkování musí být uvedeno v lékařském posudku či v samostatné lékařské zprávě). **Důrazně žádáme rodiče**, pokud se nejedná o speciální léky např. na alergie, **aby žádné léky** (jako např. ibuprofen na případné migrény atp.) **dětem nedávali**, léky máme s sebou!!!

5) napsat (a trenérům předat) **veškeré zdravotní problémy, které by se mohly na soustředění projevit!**

**6) Hráči mají zakázáno si sami brát léky** (kromě speciálních, které užívají denně) **nebo mazat jakýmikoli mastmi! Speciální léky včetně dávkování předejte zdravotníkovi po příjezdu.**

7) Pokud ze závažných důvodů potřebuje hráč přijet na soustředění později nebo odjet dřív, bude to po domluvě s trenérem a nahlášeno písemně s udáním důvodu.

### Prohlášení o bezinfekčnosti

Prohlašuji, že okresní hygienik ani ošetřující lékař mému dítěti nenařídil karanténní opatření (karanténu, zvýšený zdravotnický dozor nebo lékařský dohled) a že v posledních 14 kalendářních dnech nepřišla do styku s osobami, které onemocněly přenosnou chorobou ani nemá vši ani hnidy.

Dále prohlašuji, že je má syn/dcera řádně očkovaná proti záškrtu, tetanu, černému kašli, dětské obrně, hepatitidě B, Haemophilus influenzae b, spalničkám, zarděnkám a příušnicím podle § 46 zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví, v platném znění.

Jsem si vědom(a) právních následků, které by mě postihly, kdyby toto mé prohlášení bylo nepravdivé.

V Praze dne 22. srpna 2023

**Jméno hráče**:

 ............................................................................

 čitelný podpis zákonného zástupce

**Souhlas s poskytováním informací o zdravotním stavu, s přítomností a poskytnutím akutní péče**

V době konání letního fotbalového soustředění v Doksech (22.8 - 27.8. 2023) souhlasím s poskytováním informací o zdravotním stavu mého nezletilého syna/dcery:

**Jméno a příjmení syna/dcery**: **Datum narození syna/dcery**:

ve smyslu ustanovení § 31 zákona č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách ve znění pozdějších předpisů, těmto trenérům:

Penc Jan, nar. 31.1.1982, trvale bytem Livornská 432, Praha 15

Vávra Tomáš, nar. 13.4.1981, trvale bytem Trhanovské nám.11, Praha 15

Hejč Michal, nar. 13.4.1981, trvale bytem Bellušova 1866, Praha 5

Nosek Pavel, nar. 24.12.1983, trvale bytem Na Jarově 1958/11, Praha 3

Zároveň tyto osoby určuji osobami, na jejichž nepřetržitou přítomnost má můj nezletilý syn/dcera právo při poskytování zdravotních služeb ve smyslu ustanovení § 28 odst. 3 písm. e) bod 1. Souhlasím, aby mé nezletilé dceři byla v době konání akce poskytnuta akutní péče ve smyslu § 5 odst. 1 písm. b) bez mého souhlasu dle rozhodnutí lékaře.

V Praze dne 22.8. 2023

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

Kontakt na zákonného zástupce (telefon, e-mail):

Jméno a kontakt na vašeho dětského lékaře:

**Podpis zákonného zástupce**:

**FORMULÁŘ LÉKAŘSKÉ PROHLÍDKY SPORTOVCE**

**ODDÍLU Fotbalu SK Hostivař**

Žádost o lékařský posudek o zdravotní způsobilosti ke sportu podle zákona č. 373/2011 Sb. a prováděcí vyhlášky č. 391/2013 Sb.

**Jméno:……………………………………………………………………………………………………………..**

**Příjmení:…………………………………………………………………………………………………………… Datum narození:…………………………………………………………………………………………………. Bydliště: …………………………………………………………………………………………………………..**

**Výkonnostní sport**

Druh sportu: **FOTBAL**

Požadovaný druh lékařské prohlídky: vstupní\*/pravidelná\*/mimořádná\*

U mimořádné prohlídky důvod: **…………………………………………………………………………………**

**LÉKAŘSKÝ POSUDEK**

Výše jmenovaná

 Je zdravotně způsobilá

 Je zdravotně způsobilá s podmínkou …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Je zdravotně nezpůsobilá

Platnost posudku je 24 měsíců.

V ……………………… dne ……………………………

……………………………………………………

 razítko, jméno a podpis lékaře