

# Soustředění 2026 – SOPKo

## Sraz účastníků:

**Pondělí 17. 8. 2026 v 16:00 hodin**

ve vestibulu plaveckého stadionu Kolín nebo před vchodem na venkovní bazén

## Ukončení soustředění:

**Pátek 21. 8. 2026 v 13:00 hodin**

ve vestibulu plaveckého stadionu Kolín nebo před vchodem na venkovní bazén

## Program soustředění:

2 až 3 x denně bazén podle věku

2 x denně suchá příprava (tělocvična, fitness, běh)

## Stravování:

restaurace Vodní svět Kolín

## Ubytování:

ve vlastních stanech

## Platba:

3 600,- Kč na oddílový účet: 420081329/0800

Prosíme potvrzení účasti na 777865786.

## Doporučený seznam věcí:

**Oblečení:** - spodní prádlo

- ponožky

- trička

- kraťasy

- tepláková souprava

- dlouhé kalhoty

- svetr

- bunda (šustákovka)

- kšiltovka

- pláštěnka

**Věci na plavání a sport:**

- plavky (čím víc, tím líp)

- plavecké brýle

- plaveckou čepičku – 2x

- protahovací gumu (přípravka nemusí)

- švihadlo

- karimatka

- stan (možnost domluvy mezi sebou)

**Boty:**

- tenisky do tělocvičny

- sportovní boty (na běhání)

- pantofle na bazén

**Osobní věci:** - věci osobní hygieny

- ručníky 2 až 3

- karimatku (lehátko)

- spacák

Přípravka:

- zábavu pro osobní volno (knížka, blok, pastelky, karty atd.)

- léky (pokud dítě užívá) s popisem

- dle počasí opalovací krém

- holky gumičky do vlasů

- baterku

**Za mobily a jiné cennosti nezodpovídáme!**

## PROHLÁŠENÍ RODIČŮ

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil dítěti .....

narozenému.....bytem.....

.....  
a) změnu režimu, dítě nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teplota zvýšená teplota, kašel, dušnost, bolest v krku, ztráta chuti a čichu, apod.) a hygienik ani ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření,

b) není mi též známo, že ve 14 dnech před odjezdem přišlo dítě do styku s osobou nemocnou infekčním onemocněním (vč. nemoci covid-19) nebo podezřelou z nákazy a ani jemu, ani jinému příslušníku rodiny žijícímu s ním ve společné domácnosti, není nařízeno karanténní opatření,

c) ve 14 dnech před odjezdem dítě nepobývalo v zahraničí. (Pokud ano, uveďte zemi a dobu pobytu .....).

Dítě je schopno zúčastnit se soustředění Sportovního oddílu plavání Kolín od 17. 8. 2026 do 21. 8. 2026.

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

Charakter provozu hromadné akce vyžaduje, aby zákonní zástupci dítěte uvedli případné závažné skutečnosti o zdravotním stavu, které vyžaduje mimořádnou pozornost (např. alergie, trvalé užívání léků apod.) **Léky s návodem užívání a zdravotní průkaz pojištěnce dejte dětem s sebou v označené obálce – použijte prosím přílohu tohoto prohlášení.**

## POTVRZENÍ RODIČŮ

Potvrzujeme, že jsme své dítě poučili o vhodném chování, bezpečnosti v době pobytu. Bereme na vědomí, že účastníci akce jsou povinni dodržovat Řád a denní program akce, respektovat a řídit se pokyny vedoucích. Z projevů nekázně budou vyvozeny důsledky.

**Dne 17.8.2026**

Podpis zákonného zástupce:.....

## PŘÍLOHA PROHLÁŠENÍ RODIČŮ - POKYNY K UŽÍVÁNÍ LÉKŮ

JMÉNO DÍTĚTE : \_\_\_\_\_

NÁZEV LÉKU				
Pozn. k léku (výše dávky, zacházení atd.)				
<b>PONĚLÍ</b>	Ráno			
	Poledne			
	Večer			
<b>ÚTERÝ</b>	Ráno			
	Poledne			
	Večer			
<b>STŘEDA</b>	Ráno			
	Poledne			
	Večer			
<b>ČTVRTEK</b>	Ráno			
	Poledne			
	Večer			
<b>PÁTEK</b>	Ráno			
	Poledne			
	Večer			

Zdravotní obtíže dítěte (alergie apod.)

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

Pro případ nenadálých událostí (kousnutí hmyzem atd.) má dítě s sebou tyto léky  
Prosím popište událost, druh léku a dávkování.

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

Dne 17.8.2026

Podpis:

## Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na zotavovací akci / škole v přírodě

Jméno, popřípadě jména a příjmení posuzovaného dítěte

.....

Datum narození .....

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného pobytu

.....

Část A) Posuzované dítě k účasti na zotavovací akci

- a) je zdravotně způsobilé \*)
- b) není zdravotně způsobilé \*)
- c) je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením)

\*) .....

Posudek je platný 2 roky od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

Část B) Potvrzení o tom, že dítě

- a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO – NE
- b) je proti nákaze imunní (typ/druh).....
- c) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh) .....
- d) je alergické na .....
- e) dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka) .....

Datum vydání posudku .....

.....

podpis, jmenovka lékaře  
razítko zdrav. zařízení

### Poučení:

Protí bodu 3. části A) tohoto posudku lze podle § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, podat návrh na jeho přezkoumání do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání poskytovatelem zdravotnických služeb, který posudek vydal. Návrh na přezkoumání lékařského posudku nemá odkladný účinek, jestliže z jeho závěru vyplývá, že posuzovaná osoba je pro účel, pro nějž byla posuzována, zdravotně nezpůsobilá nebo zdravotně způsobilá s podmínkou.

Jméno, popřípadě jména a příjmení oprávněné

osoby.....

Vztah k dítěti.....

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne.....

Podpis oprávněné osoby

Posudek byl oprávněné osobě do vlastních rukou doručen dne .....

\*) Nehodící se škrtně.