

PRIEZVISKO

MENO

PREZÝVKA

POHLAVIE ŽENA MUŽ

DÁTUM NARODENIA

ČÍSLO PASU ALEBO OBČ. PREUKAZU

TRVALÁ ADRESA

ULICA A ČÍSLO

MESTO

PSČ

ŠTÁT

EMAIL

KONTAKTNÁ OSOBA PRE PRÍPAD NÚDZE

MENO A PRIEZVISKO

VZŤAH

TELEFONNÉ ČÍSLO

DRUHÁ KONTAKTNÁ OSOBA
PRE PRÍPAD NÚDZE

JAZYKY

ANGLIČTINA PASÍVNE
KOMUNIKATÍVNE
PLYNULE

ĎALŠIE JAZYKY

POISTENIE

EURÓPSKA KARTA
ZDRAVOTNÉHO POISTENIA ÁNO NIE
MÁŠ EURÓPSKU KARTU EURÓPSKEHO
ZDRAVOTNÉHO POISTENIA?

KÓD ZDRAVOTNEJ POISŤOVNE
VYPLŇ KÓD ZDRAVOTNEJ POISŤOVNE
(ČÍSLO)

CESTOVNÉ POISTENIE ÁNO NIE

STRAVA

ŠPECIÁLNE POŽIADAVKY
VYPLŇ: ŽIADNÁ / VEGETARIÁN / VEGAN /
BEZLEPKOVÁ DIÉTA

ĎALŠIE POŽIADAVKY
VYPLŇ ĎALŠIE ŠPECIÁLNE POŽIADAVKY
NA STRAVU - ICH SPLNENIE MIESTNOU
KUCHYŇOU NIE SME VŠAK SCHOPNÍ
ÚPLNE GARANTOVAŤ

DIÉTY

ZDRAVOTNÝ STAV

DLHODOBÉ CHOROBY
VYPLŇ NAPRIKĽAD ALERGIA, CUKROVKA,
ASTMA, EPILEPSIA

INÉ CHOROBY

PRAVIDELNÉ UŽÍVANIE LIEKOV

PODPIS ÚČASTNÍKA



PODPIS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCA
PRE ÚČASTNÍKOV MLADŠÍCH AKO 18 ROKOV