

ZÁVAZNÁ PŘIHLÁŠKA

Letní školička při MŠ Na Dlouhém lánu

Nechanského 589/3, 160 00 Praha 6-Vokovice

termín letní školičky: 1. 7. – 9. 7. 2021

jméno a příjmení dítěte:

datum narození dítěte:

bydliště:

v době podání přihlášky dítě navštěvuje MŠ, ZŠ:

Aktuální kontakty

matka telefon:**e-mail:**.....

otec telefon:**e-mail:**.....

Zdravotní pojišťovna:
.....

Zdravotní stav, omezení (vypište alergie, případnou medikaci):
.....
.....
.....
.....

v Praze dne:

podpis rodičů/ZZ:

OSOBNÍ ÚDAJE

Souhlasím s umístěním fotografií mého dítěte na webových stránkách naší školy:

souhlasím:

nesouhlasím:

Souhlasím s podmínkami a potvrzuji pravdivost údajů:

v Praze dne:

podpis rodičů/ZZ:.....

PROHLÁŠENÍ O BEZINFEKČNOSTI

Prohlašuji, že hygienik ani ošetřující lékař nenařídil mému dítěti **jménem**

.....

bytem.....

ani jiným osobám, které s ním žijí ve společné domácnosti, karanténní opatření, a že též mi není známo, že by v posledních týdnech přišlo moje dítě do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí. Prohlašuji, že mé dítě nemá vši ani hnidy.

Jsem si vědom/a právních následků, které by mne postihly, kdyby toto mé prohlášení nebylo pravdivé.

Toto prohlášení nesmí být starší více než jeden den!

v Praze dne.....

podpis rodičů/ZZ:.....

PROHLÁŠENÍ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI

jméno a příjmení dítěte.....

datum narození.....

adresa.....

Část A:

Posuzovaný žák/yně k účasti na všech akcích pořádaných školou (škola v přírodě, zotavovací akce, městské tábory při MŠ, letní tábory...)

– je zdravotně způsobilé

– není zdravotně způsobilé

– je zdravotně způsobilé za podmínky/s omezením

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

Posudek je platný 24 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

Část B:

Potvrzení o tom, že žák/yně

– se podrobil/a stanoveným pravidelným očkováním ANO – NE

(Dítě se podrobilo pravidelným očkováním podle ustanovení § 50, zákona o veřejném zdraví č. 258/2000 Sb. Tato podmínka se nevztahuje na dítě přijaté k povinnému předškolnímu vzdělávání).

– má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh)

– je alergický/á na

– dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka)

datum vystavení posudku

podpis a jmenovka lékaře, razítko zdrav. zařízení