

Souhlas s ošetřením dítěte – plná moc

Jméno a příjmení dítěte:	
Datum narození dítěte:	
Adresa místa trvalého pobytu dítěte:	
Jméno a příjmení zákonného zástupce dítěte:	
Telefonní kontakt:	

Souhlasím, aby mé dítě po dobu školní akce pořádané ZŠ a MŠ Klas, s.r.o., v době bylo v případě akutního onemocnění či úrazu ošetřeno lékařem nebo zdravotníkem, případně převezeno do zdravotnického zařízení bez mé přítomnosti pouze v doprovodu odpovědné osoby – člena personálu ZŠ a MŠ Klas, s.r.o. Zároveň žádám, abych byl/a následně o nutnosti ošetření informován/a.

_____ datum a podpis zákonného zástupce

PROHLÁŠENÍ O BEZINFEKČNOSTI OD ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ DÍTĚTE

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil mému dítěti

jméno a příjmení:

bytem:

narozenému:

změnu režimu. Dále potvrzuji, že dítě nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teplota apod.), nemá vší ani hnidy a hygienik ani ošetřující lékař nenařídil karanténní opatření mému dítěti ani jiným osobám, které s ním žijí ve společné domácnosti. Též mi není známo, že by v posledních čtrnácti dnech přišlo moje dítě do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí. Dítě je schopno zúčastnit se školy v přírodě. Jsem si vědoma(a) právních důsledků, které by mne postihly, kdyby toto prohlášení nebylo pravdivé. Toto prohlášení nesmí být starší jednoho dne.

_____ datum a podpis zákonných zástupců