Lékařské potvrzení

Jméno dítěte:………………………………………………………………

Datum narození:…………………………………………………………

Vyjádření lékaře /v souladu s ustanovením §50 zákona č.258/200 Sb.,

o ochraně veřejného zdraví ve znění pozdějších předpisů/

1.dítě může být přijato do mateřské školy………ANO……NE

2.dítě je řádně očkováno ……………………………..ANO…..NE

3.dítě vyžaduje speciální péči …………………………..ANO…..NE

-dítě je v péči odborného pracoviště:……………………………….

4.alergie:………………………………..

5.dítě se může účastnit mimoškolních akcí /plavání, výlety atd./……………ANO…………NE

Datum: Podpis a razítko lékaře:

Dáváme svůj souhlas Školce Sluníčko, okres Praha-západ, aby evidovala osobní údaje naše i našeho dítěte ve smyslu všech ustanovení zákona č.101/2000Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění a zákona č.133/2000Sb., o evidenci obyvatel a rodných čísel, v platném znění a GDPR. Svůj souhlas poskytujeme pro účely vedení povinné dokumentace školy podle zákona č.561/2004Sb., školský zákon v platném znění.

V Hostivice dne:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis zákonných zástupců:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_