

Základní škola Mohelnice, Vodní 27, 789 85 Mohelnice

S o u h l a s - p o t v r z e n í

1. **Souhlasím s účastí** svého syna/dcery
Narozen/a.....na **ZIMNÍM POBYTU**
ve dnech pořádané ZŠ Vodní 27, Mohelnice.

2. **Potvrzuji**, že můj syn/dcera nejeví známky akutního onemocnění
(§9 odst. 1 písm. b) zákona 258/2000 ve znění pozdějších předpisů).
Potvrzuji, že můj syn/dcera nepřišel/a v posledních 14 dnech do styku s infekční chorobou
(§9 odst. 1 písm. c) zákona 258/2000 ve znění pozdějších předpisů).

3. **Potvrzuji**, že můj syn/dcera má **odborně seřízené vázání**.

4. **Kontaktní telefon** na rodiče/zákonné zástupce v případě potřeby
.....

5. **Jiná důležitá sdělení škole:** (např. alergie, bere léky, aj.)
.....

6. **Upozornění pro rodiče**

V případě závažného porušení kázně a ohrožení svého zdraví nebo zdraví spolužáků na škole v přírodě, bude Vaše dítě z kurzu vyloučeno bez nároku na vrácení zbývajících finančních částek. Rodiče jsou v tomto případě povinni si pro dítě přijet. V případě předčasného ukončení pobytu (nemoc, soukromé důvody) se finanční částka rovněž nevrací.

V Mohelnici dne
den odjezdu

.....
podpis zákonného zástupce

Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte

(§9 odst.1 písm. a) zákona 258/2000 ve znění pozdějších předpisů).

Lékař, se sídlem....., IČO

Žák/žákyně..... narozen/a.....

Bydliště.....

je /není zdravotně způsobilý/á k účasti na ZIMNÍM POBYTU

ve dnech, který pořádá ZŠ Mohelnice, Vodní 27.

Potvrzení:

- Podrobil/a se pravidelným očkováním ANO – NE
- Má kontraindikaci proti očkování
- Je alergický/á na
- Dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka)
- Další důležitá sdělení.....

.....
datum

.....
razítko a podpis lékaře

.....
podpis zákonného zástupce