

INFORMOVANÝ SÚHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU O ZMENÁCH V ZDRAVOTNOM STAVE DIEŤAŤA

Ja, ako zákonný zástupca dieťaťa:
 , narodeného dňa: , adresa trvalého bydliska:

poskytujem svoj informovaný súhlas

v zmysle § 144 ods.7 písm. d) zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

V prílohe Žiadosti o pokračovanie povinného vzdelávania v materskej škole v školskom roku...../....., týmto **poskytujem informáciu o zdravotných problémoch** môjho dieťaťa. Vyššie uvedené dôvody môžu mať nepriaznivý vplyv v rámci výchovno-vzdelávacieho procesu nielen pre moje dieťaťa, ale aj môže negatívne vplyvať aj pre vzdelávanie ostatných detí.

Som si vedomá, že pri výskyte záchvatu môjho dieťaťa je v jeho záujme potrebné, aby pedagogická zamestnankyňa materskej školy prítomná v danom momente v triede, aplikovala dieťaťu rektálny čípek. Aplikáciu rektálneho čípku nebudem chápať ako sexuálne obťažovanie.

Som si vedomý/á mojej osobnej právnej zodpovednosti za dieťa a dobrovoľne som sa a rozhodol/la súhlasiť s tým, že prvú pomoc, v podobe aplikácie rektálneho čípka môjmu dieťaťu poskytne pedagogická zamestnankyňa materskej školy a naďalej si prajem, aby moje dieťa navštevovalo Súkromnú Materskú Školu, Škôlka Limbach, Vavrinecká 2, Limbach.

Vdňa.....

Podpis zákonného zástupcu

INFORMOVANÝ SÚHLAS PEDAGOGICKÉHO ZAMESTNANCA

Svojim podpisom potvrdzujem, že som dňabola oboznámená s diagnózou..... (sem ešte odporúčam napísať diagnózu), prejavmi jej ochorenia a s postupom a spôsobom aplikácie rektálneho čípka.

Som si vedomá, že pri výskyte záchvatu je potrebné:

1. podať dieťaťu rektálny čípek podľa pokynov lekára,
2. privolať rýchlu zdravotnícku pomoc a
3. ihneď kontaktovať zákonného zástupcu.

Vdňa.....

Podpis pedagogického zamestnanca