

**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 vplývať 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 čípku môjmu dieťaťu poskytne pedagogická zamestnankyňa materskej školy a naďalej si prajem, aby moje dieťa navštevovalo Súkromnú Materskú Školu, Škôlka Limbach, Vavrinecká 2, Limbach.

V .....dňa.....

Podpis zákonného zástupcu

**INFORMOVANÝ SÚHLAS PEDAGOGICKÉHO ZAMESTNANCA**

Svojim podpisom potvrdzujem, že som dňa .....bola 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.

V .....dňa.....

Podpis pedagogického zamestnanca