**Základní škola a Mateřská škola F. Hrubína Havířov - Podlesí, příspěvková organizace**

**Odloučené pracoviště: MŠ Balzacova**

**ODDÍL A**

**Nástupní list dítěte**

Jméno dítěte:…………………………………………. Pojišťovna:……………………………

Datum narození:……………………………………… Bydliště:………………………………

Telefonický kontakt : matka:……………………………………...

otec :……………………………………….

do práce:…………………………………...

prarodiče/jiné osoby:………………………

Odjezd : dne:……………………….. v:……………………… od školy

Příjezd: dne:………………………. v:……………………… ke škole

**ODDÍL** **B**

**Prohlášení zákonných zástupců dítěte**

Jméno dítěte:…………………………………………, datum narození:……………………….

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil mému dítěti změnu režimu, mé dítě nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teplota, kašel, vyrážka…). Okresní hygienik, ani ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření. Taktéž mi není známo, že v posledních dvou týdnech mé dítě přišlo do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí. Zdravotní dotazník jsem vyplnil úplně a pravdivě a nic o zdravotním stavu dítěte jsem nezatajil.

Mé dítě je schopno zúčastnit se pobytu v hotelu ……………………………v termínu:

od:………………………, do:…………………………….

Jsem si vědom právních následků, které by mne postihly, kdyby toto prohlášení bylo nepravdivé.

V Havířově dne:……………………….. podpis obou rodičů:……………………………….

**(datum nesmí být starší 3 dnů)**

**ODDÍL C**

**Zdravotní dotazník**

Jméno dítěte:…………………………………………………………………………………….

Provedli jsme kontrolu vlasů dítěte : ANO - NE

Nemoci, které dítě opakovaně prodělalo, náchylnost:…………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

Prodělané dětské infekční nemoci:……………………………………………………………...

**Záchvaty**: ……………………………………………………………………………………………

První pomoc při záchvatu:………………………………………………………………………

……………………………………….ihned podat lék:…………………………………………

**Alergie na:** léky:……………………………………………………………………………...

potraviny:………………………………………………………………………... pyl:………………………………………………………………………………. jiné:………………………………………………………………………………

Odlišnost ve stravovacích návycích:……………………………………………………………

**Zvláštnosti dítěte:**

Neklidný spánek:………………………………………………………………………………..

Občasné noční pomočování:…………………………………………………………………….

Pravidelně chodí v noci na WC: ANO - NE , v:………………………………….hodin

Mívá vysoké teploty při onemocnění?:…………………………………………………………

Nevolnost při cestování: ANO - NE bere Kinedryl, jiný lék:…………………………..

Jiné zdravotní zvláštnosti dítěte, na které nás chcete upozornit:………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

**Dlouhodobě užívá tyto léky:…………………………………………………………………..**

**Dávkování:…………………………………………………………………..**

**Léky, které si veze sebou pro případ potřeby( v sáčku se jménem a popisem dávkování)**

**…………………………………………………………………………………………………..**

**Chlapec si provádí intimní hygienu: sám\_\_\_\_\_\_\_, s dopomocí\_\_\_\_\_\_\_,neprovádíme\_\_\_**

**Dívka je náchylná k opruzení: ANO\_\_\_\_, má přibalenou\_\_\_\_\_\_\_\_\_, NE, stačí kontrola\_\_**

**Podpisy rodičů :**

**Písemný souhlas rodičů se zařazení dítěte do školy v přírodě**

Souhlasím se zařazením mého syna / dcery \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

do školy v přírodě v termínu:

organizuje a zajišťuje mateřská škola, kterou dítě navštěvuje.

Místo konání: Velké Karlovice 548, pension Školka Léskové, 756 06

Souhlasím s uvedením osobních údajů mého dítěte pro potřeby ubytovatele (jméno, příjmení, datum narození).

Jsem si vědom/a toho, že do školy v přírodě nemůže být vysláno dítě, jehož zdravotní stav by mohl pobyt ohrozit a dítě by mohlo zdravotně ohrozit i ostatní děti. Jsem si vědom zdravotního stavu svého syna (dcery) a při odjezdu odevzdám ředitelce školy:

* Prohlášení zákonných zástupců dítěte
* Vyplněný dotazník – zvláště oddíl o zdravotní způsobilosti dítěte, jeho obtížích a jiných závažných skutečnostech, které by mohly mít vliv na průběh pobytu
* Informace o osobních lécích syna (dcery) s popisem užívání
* Zdravotní průkaz pojištěnce –**fotokopie.**

V případě zvláštních okolností, zejména při onemocnění mého dítěte, zajistím jeho okamžitý individuální odvoz domů ještě před termínem společného návratu.

V případě nemoci dítěte a nutnosti doplatku za léky včetně platby uhradím po skončení školy v přírodě.

V případě potřeby a nutnosti použít vybavení lékárníčky MŠ pro mé dítě sděluj:

* Štípnutí hmyzem – Fenistil\* - ano – ne
* Desinfekce kůže, odřenina, povrchové ranky Betadina\* ano – ne

Tento souhlas vyžadujeme z důvodu různých alergických reakcích na výše jmenované přípravky. V případě alergických reakcí přiložte k ošetření svého dítěte přípravky, které vypíšete ve zdravotním dotazníku.

Jsme si vědomi, že bude nutná kontrola, případné ošetření i hygiena intimních míst našeho dítěte.

Pokud se dítě neúčastní školy v přírodě (mimo závažné důvody) jsem si vědom/a/, že uhradím storno poplatky účtované fakturující organizaci.

Dostal/a jsem informace o škole v přírodě:

* Termín a místo odjezdu. Termín a místo příjezdu.
* Způsob dopravy, ubytování, stravování.
* Výši poplatku a způsob financování
* Kontakt do školy v přírodě **602 554 277**

Syn (dcera) má nezbytné vybavení na školu v přírodě, viz Seznam věcí.

Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis zákonného zástupce:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Plná moc**

My podepsaní

..................................................................................................................................................,

bytem v .....................................................................................................................................

**z m o c ň u j e m e**

p.učitelku ......................................................................................, v době pobytu ve škole

v přírodě …………………………………………………………………………………………., aby nás zastupovala

v případě ošetření našeho dítěte ………………………………………………….., narozeného……………..

zdravotně pojištěného u ………………………..

V Havířově ………………………………. Podpisy:

Já,…………………………………………………………., tuto Plnou moc přijímám……………………………..