

Jméno a příjmení dítěte: _____

Adresa: _____

Rodné číslo: _____

Zdravotní pojišťovna: _____

Kontakt na zákonné zástupce:

_____ tel./mobil: _____ e-mail: _____

_____ tel./mobil: _____ e-mail: _____

Další osoby oprávněné vyzvedávat dítě z Macešky:

_____ tel./mobil: _____

_____ tel./mobil: _____

Výše uvedená/ý dcera/syn je: **bez plen** **na plenách**

U svého dítěte chci upozornit (zdravotní omezení, alergie, hyperaktivita, přecitlivělost, ...):

Dítě bude přicházet: pravidelně (v den) _____

nepravidelně _____

UPOZORNĚNÍ:

Údaje o zdravotním stavu patří do zvláštní kategorie zdravotních údajů, je tedy třeba váš výslovný souhlas. Svůj souhlas můžete kdykoli odvolat, v takovém případě ale nebude moci Macešku dále navštěvovat (protože pak nebudeme moci řádně pečovat o jeho zdravotní stav). Údaje se archivují a poté, pokud si je rodiče nevyžádají zpět, jsou určena ke skartaci. Podpisem stvrzuji, že údaje jsou pravdivé

a že souhlasím s tím, aby SVČ Lužánky zpracovával informace o zdravotním stavu mého dítěte, využíval tyto informace k zajištění péče o něj a v případě zhoršení jeho zdravotního stavu tyto informace poskytl příslušnému poskytovateli zdravotnických služeb.

Podpisem potvrzuji, že výše uvedené informace jsou pravdivé a že si nejsem vědom/a jiných závažných zdravotních potíží mého dítěte. Jsem si vědom(a) právních důsledků, které by mne postihly, kdyby toto mé prohlášení bylo nepravdivé.

Zveřejnění fotografií

Souhlasím se zpracováním audiovizuálního záznamu k dokumentárním účelům a propagaci SVČ Lužánky na našem webu, sociálních sítích a dalších materiálech (pro konkrétní použití se obraťte na propagace@luzanky.cz)

ANO

NE

Informace o akcích

Souhlasím se zasíláním informací o aktivitách SVČ Lužánky

ANO

NE

už dostávám

Lužánky zpracovávají osobní údaje dle pravidel uvedených v obchodních podmínkách. Souhlas lze kdykoli odvolat.

V takovém případě se prosím obraťte na pověřence pro ochranu osobních údajů (poverenec@luzanky.cz).

POTVRZENÍ LÉKAŘE O ŘÁDNÉM OČKOVÁNÍ DÍTĚTE:

Potvrzuji, že výše uvedené dítě absolvovalo v řádném termínu všechna stanovená pravidelná očkování: ANO NE
(nehodící se škrtněte)

Pokud **NE**, má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci: ANO NE

Razítko a podpis lékaře:

V _____ dne _____

_____ podpis zákonného zástupce