

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](mailto: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](mailto: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