



Duhový svět

Mateřská škola Duhový svět, s.r.o.



ZDRAVOTNÍ A OSOBNÍ DOTAZNÍK DÍTĚTE

Jméno lékaře: _____ Telefon lékaře: _____

Má Vaše dítě nějaké dietní doporučení/požadavky? Prosím specifikujte:

Prosím, vypište alergie, které dítě má (včetně citlivosti na jídlo, zvířata a léky):

Prosím, vypište vážné nemoci, kterými Vaše dítě prošlo (např. astma, cukrovka, epilepsie, operace):

Je Vaše dítě v současné době léčeno? Je-li, prosím, specifikujte léčbu a léky: ano ne

Prosím, vypište jakékoliv informace o Vašem dítěti, které by dle Vás mohly pomoci v případě pohotovostní situace:

Nosí Vaše dítě brýle: ano ne

Hraje si Vaše dítě rádo s ostatními dětmi? ano ne

Jaké jsou jeho stravovací (oblíbené/neoblíbené jídlo) a spací zvyky?

Navštěvovalo již Vaše dítě nějaké předškolní zařízení? ano ne

Další údaje, které chcete o dítěti sdělit (speciální vzdělávací potřeby, zdravotní nebo sociální znevýhodnění).



ZÁVAZNÉ POTVRZENÍ

V případě, že by se mé dítě zranilo během pobytu v mateřské škole a já nebudu k zastižení na telefonu a ani pohotovostní kontaktní osoba nebude k zastižení, dávám souhlas:

a) k poskytnutí první pomoci mému dítěti ano ne

b) odvézt moje dítě na nejbližší dětské pohotovostní oddělení Nemocnice Kladno, a.s. ano ne

Souhlasím s tím, aby výše uvedené údaje byly ve smyslu z. č. 101/2000 Sb. v platném znění do odvolání zpracovány Mateřskou školou Duhový svět s.r.o., za účelem péče o moje dítě. Tyto údaje nebudou zneužity ani poskytovány jiným osobám.

Jméno a příjmení zákonného zástupce (hůlkovým písmem):

Datum: _____

Podpis: _____