

Prihláška
o prijatie dieťaťa do školského klubu detí pri ZŠ Cabajská 2, Nitra počas letných prázdnin
od 3.7.2023 do 10.7.2023

Meno a priezvisko dieťaťa:

Názov a číslo zdravotnej poisťovne:

Bydlisko: PSČ.....

Meno a priezvisko otca:

Tel. číslo:

Meno a priezvisko matky:

Tel. číslo:

Závazne prihlasujem svoje dieťa na pobyt v ŠKD počas letných prázdnin od 3.7.2023 do 10.7.2023 a zároveň sa zaväzujem uhradiť všetky poplatky spojené s činnosťou ŠKD počas letných prázdnin.

V Nitre dňa:

Podpis zákonného zástupcu/ zákonných zástupcov

1. Čitateľné meno a priezvisko:

Podpis:

2. Čitateľné meno a priezvisko:

Podpis:

Informácie o predpokladanom rozsahu denného pobytu dieťaťa v ŠKD počas letných prázdnin

Deň	Čas príchodu	Čas odchodu	Spôsob odchodu (s kým)
Pondelok			
Utorok			
Streda			
Štvrtok			
Piatok			

Ďalšie informácie:

1. Beriem na vedomie, že účastník /moje dieťa/ nie je školou v čase pobytu poistený (úraz, krádež).
2. Ako zákonný zástupca dieťaťa súhlasím so spracúvaním fotografií a iných obrazových záznamov môjho dieťaťa, získaných počas činnosti letného ŠKD, na účely propagácie činnosti školy a ich uverejnením na webovej a facebookovej stránke ZŠ Cabajská 2, Nitra Uvedený súhlas je platný až do písomného odvolania

V Nitre dňa: _____ podpis zákonného zástupcu:

3. Vyhlasujem, že dieťa neprejavuje príznaky akútneho ochorenia, a že príslušný orgán verejného zdravotníctva ani ošetrojúci lekár menovanému dieťaťu nenariadil karanténne opatrenie /karanténu, zvýšený zdravotný dozor alebo lekársky dohľad/. Nie je mi známe, že by dieťa, jeho rodičia alebo iné osoby, ktoré s ním žijú v spoločnej domácnosti, prišli v priebehu ostatného mesiaca do styku s osobami, ktoré ochoreli na prenosné ochorenie.
Zároveň vyhlasujem, že dieťa netrpí epileptickými záchvatmi, kardiovaskulárnym ochorením, či iným závažným ochorením, pri ktorom sa neodporúča zvýšená pohybová aktivita.
Som si vedomá/ý právnych následkov v prípade nepravdivého vyhlásenia

V Nitre dňa: _____ podpis zákonného zástupcu:

Upozornenie na zdravotný stav dieťaťa

Počas pobytu lieky nesmú byť u dieťaťa, odovzdajte ich označené menom a spôsobom podávania lieku prítomnému pedagogickému zamestnancovi

Potvrdzujem, že moje dieťa: *nehodiace preškrtnite

je - nie je* alergické /ak áno - uveďte čo vyvoláva alergickú reakciu

.....

V Nitre dňa: _____ podpis zákonného zástupcu:

Zároveň dávam/e/ súhlas na spracovanie osobných údajov dieťaťa jeho zákonných zástupcov pre potreby školy v zmysle § 11 písm. 7 školského zákona.

V Nitre dňa:

Podpis zákonného zástupcu/ zákonných zástupcov