|  |
| --- |
| **Údaje o dítěti** |
| Jméno: | Příjmení: |
| Místo narození: | Datum narození: |
| Zdravotní pojišťovna: | Státní příslušnost: |
| Číslo pojištěnce ( z kartičky zdravotní pojišťovny): | Lékař - kontakt na lékaře: |
| Informace o COVID-19 (termín ukončeného očkování) - nutno doložit úředním dokladem | Informace o prodělání nemoci COVID-19 v posledních 180 dnech - doložit úředním dokladem!!! |
| Adresa trvalého pobytu: | Kontaktní adresa (pro doručení pošty) |
| **Údaje o matce dítěte (zákonný zástupce 1)** |
| Titul, jméno, příjmení: |
| Adresa bydliště: |
| Zaměstnání: (nepovinný údaj) |
| Telefon domů: | Telefon do zaměstnání: (nepovinný údaj) |
| Mobil: | e-mail: |
| **Údaje o otci dítěte (zákonný zástupce 1)** |
| Titul, jméno, příjmení: |
| Adresa bydliště: |
| Zaměstnání: (nepovinný údaj) |
| Telefon domů: | Telefon do zaměstnání: (nepovinný údaj) |
| Mobil: | e-mail: |

ZÁKLADNÍ ŠKOLA VELVARY

SOUHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE

Souhlasím s tím, aby můj syn/dcera:\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ při zdravotních potížích, opustil školu bez doprovodu, po předchozím telefonickém oznámení školy. Žák bude náležitě poučen o nutných opatřeních během návratu domů.
ANO – NE

V případě nesouhlasu žák vyčká v izolaci do doby převzetí zákonným zástupcem.

Ve Velvarech, dne:

Podpis zákonného zástupce: