



Souhlas zákonného zástupce dítěte/ žáka

Jméno a příjmení dítěte/žáka:

Datum narození:

Bydliště:

Kmenová škola:

Třída:

Souhlasím:

a) se zařazením dítěte/žáka do ZŠ a MŠ při zdravotnických zařízeních Karlovy Vary po dobu jeho léčení.

Dítě/žák zůstává i nadále žákem své kmenové školy a bude vyučováno na základě doporučení ošetřujícího lékaře KKN a ve spolupráci se svou kmenovou školou.

b) s pořizováním a zveřejňováním fotografií mého dítěte na školních nástěnkách, internetových stránkách či sociálních sítích školy: **ano** **ne**

c) se zveřejněním výtvarných a jiných prací mého dítěte na školních nástěnkách, internetových stránkách či sociálních sítích školy: **ano** **ne**

.....
podpis zákonného zástupce

Doporučení ošetřujícího lékaře

Doporučuji zařazení pacienta do třídy při zdravotnickém zařízení KKN - Základní škola a mateřská škola při ZZ Karlovy Vary, Bezručova 1190/19, Karlovy Vary.

.....
podpis ošetřujícího lékaře

Zařazení žáka do ZŠ a MŠ při zdravotnických zařízeních Karlovy Vary

Oddo..... přijímám ke vzdělávání.

.....
ředitelka školy