



# Základní škola a mateřská škola při zdravotnických zařízeních Karlovy Vary, příspěvková organizace

Bezručova 1185/19, 360 01 Karlovy Vary

## Souhlas zákonného zástupce dítěte

Jméno a příjmení dítěte: .....

Datum narození: .....

Bydliště: .....

Kmenová škola: .....

Třída : .....

### Souhlasím:

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

Dítě zůstává i nadále žákem kmenové školy a bude vyučováno na základě doporučení ošetřujícího lékaře ve spolupráci s kmenovou školou.

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

c) se zveřejněním výtvarných a jiných prací mého dítěte na školních nástěnkách či internetových stránkách:                      ano                      ne

.....  
podpis zákonného zástupce

## Doporučení ošetřujícího lékaře

Doporučuji zařazení pacienta do třídy při zdravotnickém zařízení Základní škola a mateřská škola při ZZ Karlovy Vary, Bezručova 1185/19, Karlovy Vary.

.....  
podpis ošetřujícího lékaře

## Zařazení dítěte do ZŠ a MŠ při zdravotnických zařízeních Karlovy Vary

Od .....do..... přijímám ke vzdělávání.