



Střední škola, základní škola a mateřská škola pro sluchově postižené, Praha 5, Holečkova 4

Fakultní škola Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy v Praze

Datum _____

Informovaný souhlas

Prohlašuji, že jsem byl/a podrobně a srozumitelně informován/a o možnostech a důsledcích vzdělávání podle

název školního vzdělávacího programu: _____

č.j. _____

a o možnostech a důsledcích vzdělávání ve zvolené organizační formě vzdělávání - ve škole samostatně zřízené pro děti a žáky se zdravotním postižením a že jsem informacím porozuměl/a. Před podpisem informovaného souhlasu jsem měl/a možnost klást otázky a dostatečně zvážit podané odpovědi. Rozumím všem sdělením a souhlasím s nimi. Na základě poskytnutých informací

ž á d á m o z a ř a z e n í

jméno a příjmení: _____

datum narození: _____

do zvolené formy vzdělávání a s jeho vzděláváním podle výše uvedeného vzdělávacího programu. Současně souhlasím s poskytováním podpůrných opatření podle doporučení poradenského zařízení.

Souhlasím s dokumentací dítěte na akcích školy (foto, video) a využití této dokumentace na nástěnkách školy, webu školy a ve školní kronice.

Souhlasím se zabezpečeným uložením kopie rodného listu dítěte nebo občanského průkazu žáka a kopie průkazky zdravotní pojišťovny v osobních spisech dítěte pro potřeby předepsané dokumentace školy a pro potřeby zajištění neodkladné zdravotní péče.

Byl jsem seznámen s tím, že škola zajišťuje pouze urgentní zdravotní péči. Další lékařskou péči zajišťuje škola pouze pro internátní žáky, a to na základě písemné žádosti rodičů odevzdané zástupci ředitele.

Byl jsem seznámen s povinností v případě požadavku na podávání léku mému dítěti zaměstnancem školy vyplnit předem odpovídající formulář a spolu s léky ho předat zástupci ředitele.

Byl jsem seznámen s povinností přihlásit žáka střední školy k pojištění u zvolené zdravotní pojišťovny. K tomuto účelu bude školou vydáno potvrzení o studiu.

jméno a podpis zákonného zástupce dítěte, žáka nebo zletilého žáka