

# Čestné prohlášení

Jsem zákonným zástupcem žáka od 6 do 10 let a spadám do jedné z následujících kategorií:

1. zdravotničtí pracovníci poskytovatelů zdravotních služeb,
2. pedagogickými pracovníky, kteří zajišťují prezenční vzdělávání v mateřské škole, základní škole, školní družině, školním klubu, v oborech vzdělání Praktická škola jednoletá nebo Praktická škola dvouletá, nebo
3. pedagogickými pracovníky školských zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy,
4. zaměstnanci bezpečnostních sborů,
5. příslušníci ozbrojených sil,
6. zaměstnanci orgánů ochrany veřejného zdraví,
7. zaměstnanci uvedení v § 115 odst. 1 a další zaměstnanci v sociálních službách podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů,
8. zaměstnanci Úřadu práce České republiky,
9. zaměstnanci České správy sociálního zabezpečení a okresních správ sociálního zabezpečení,
10. zaměstnanci Finanční správy České republiky.

Já, \_\_\_\_\_ (jméno a příjmení), narozen/a \_\_\_\_\_ (datum narození),  
bytem \_\_\_\_\_ (adresa trvalé bydliště)  
zaměstnavatel \_\_\_\_\_, pozice \_\_\_\_\_

**tímto čestně prohlašuji, že splňuji podmínky výše uvedeného rozhodnutí a žádám o zařazení svého dítěte**

\_\_\_\_\_ (jméno a příjmení), narozen/a \_\_\_\_\_ (datum narození),  
bytem \_\_\_\_\_ (adresa trvalé bydliště)

do Dětské skupiny, které bude poskytnuta nezbytná péče.

V \_\_\_\_\_ (místo sepsání) dne \_\_\_\_\_ (aktuální datum)

## PROHLÁŠENÍ O BEZINFEKČNOSTI A ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI

dle zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů

Prohlašuji, že ..... nejeví známky akutního onemocnění (například horečky, průjmu, ztrátu čichu nebo chutě) a ve 14 kalendářních dnech před zařazením do Dětské skupiny nepřišel (nepřišla) do styku s fyzickou osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy COVID -19 (zařazenou do preventivní karantény), ani mu (jí) není nařízeno karanténní opatření.

Zároveň prohlašuji, že je schopen (schopna) po zdravotní a psychické stránce program Dětské skupiny absolvovat.

V ..... dne ..... 2021

\_\_\_\_\_ *podpis zákonného zástupce dítěte*

Prohlášení o bezinfekčnosti nesmí být starší než jeden den před nástupem do Dětské skupiny! Bez prohlášení o bezinfekčnosti a zdravotní způsobilosti nelze dítě do Dětské skupiny přijmout.

Byl(a) jsem poučen(a) o účelu zpracování svých osobních údajů a seznámen(a) s konkrétními podmínkami, jimiž se zpracování řídí. Detailní informace o zpracování osobních údajů jsou dostupné na adrese [www.zsbcuo.cz](http://www.zsbcuo.cz) (<https://www.zsbcuo.cz/o-skole.htm>).

V případě, že se u dítěte v průběhu pobytu ve skupině projeví viditelné zhoršení zdravotního stavu, bude bezodkladně informován jeho zákonný zástupce či osoba pověřená, aby si je nejdéle do jedné hodiny vyzvedl(a).

Kontaktní telefon: 736 772 448, popř. 734 798 206

Kontaktní e-mail: skola@zsbcuo.cz

Při ranním příchodu zvoňte na pověřené osoby podle vyvěšeného rozpisu na dveřích.

Kontakty na vychovatelky nebo asistentky pedagoga, které budou pověřeny vykonáváním dohledu nad dětmi zařazenými do Dětské skupiny, jsou uvedeny na stránkách školy ([www.zsbcuo.cz](http://www.zsbcuo.cz)) v sekci Kontakty – Kontakty družina (<https://www.zsbcuo.cz/kontakty-druzina.htm>) nebo Kontakty asistent pedagoga (<https://www.zsbcuo.cz/kontakty-asistent-pedagoga.htm>).

---

**Tato péče bude poskytována od pondělí 12. dubna 2021, vždy od 6:00 do 16:30 hod. pro žáky kmenové školy, kteří nemají v daném týdnu prezenční výuku.**

Předpokládaná účast dítěte v Dětské skupině. Případné změny v účasti, prosím, hlase co nejdříve na výše uvedený e-mail:

	PONDĚLÍ	ÚTERÝ	STŘEDA	ČTVRTEK	PÁTEK
<b>Datum</b>	<b>3.5.</b>	<b>4.5.</b>	<b>5.5.</b>	<b>6.5.</b>	<b>7.5.</b>
Čas příchodu					
Čas odchodu					
Sám/doprovod					
<b>Datum</b>	<b>10.5.</b>	<b>11.5.</b>	<b>12.5.</b>	<b>13.5.</b>	<b>14.5.</b>
Čas příchodu					
Čas odchodu					
Sám/doprovod					
<b>Datum</b>	<b>17.5.</b>	<b>18.5.</b>	<b>19.5.</b>	<b>20.5.</b>	<b>21.5.</b>
Čas příchodu					
Čas odchodu					
Sám/doprovod					
<b>Datum</b>	<b>24.5.</b>	<b>25.5.</b>	<b>26.5.</b>	<b>27.5.</b>	<b>28.5.</b>
Čas příchodu					
Čas odchodu					
Sám/doprovod					
<b>Datum</b>	<b>31.5.</b>				
Čas příchodu					
Čas odchodu					
Sám/doprovod					

Specifické potřeby dítěte a další zdravotní omezení (dietní opatření, alergie, medikace apod.):

---

---

Zákonní zástupci a osoby pověřené k vyzvednutí dítěte (vyplňte hůlkovým písmem):

Příjmení a jméno	Telefon	Bydliště

**Podmínkou pro zařazení do Dětské skupiny je použití chirurgické roušky nebo respirátoru.**

V ..... dne ..... 2021

\_\_\_\_\_

*podpis zákonného zástupce dítěte*