**PROHLÁŠENÍ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI ŽÁKA**

Prohlašuji, že syn / dcera: ………………………………….…………………………..

narozený(á): ……………………………………………

bytem: …………………………………………………………..........................................

je způsobilý / způsobilá k účasti na adaptačním kurzu bez zdravotních omezení.

Dále informuji o těchto skutečnostech:

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

Jmenovaný(á) užívá pravidelně tyto léky – uvádím dávkování a dobu užívání, léky předám třídnímu učiteli a léky budou označeny jménem a příjmením mého dítěte (pokud má syn / dcera léky u sebe a zná jejich užívání, uveďte to rovněž zde)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

dále upozorňuji na možné indispozice svého dítěte, např. alergie apod.

……………………………………………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Není-li vyplněna výše uvedená část, prohlašuji, že můj syn / má dcera **neužívá** žádné léky.

V ........................................

dne ........................................ ........................................................

 podpis rodičů / zákonných zástupců