**Občianske združenie**

**Hrnček Var- Materské centrum**

***Vyhlásenie zákonného zástupcu***

Zaväzujem sa, že v prípade ochorenie dieťaťa prenosnou chorobou, výskytu choroby v rodine alebo v najbližšom okolí, bezodkladne oznámim túto skutočnosť vedúcej Detského centra, alebo učiteľke.

Súčasne sa zaväzujem, že budem pravidelne mesačne a v termíne platiť poplatok za Detské centrum Montessori a stravu.

Beriem na vedomie, že na základe opakovaného porušovania vnútorného poriadku Detského centra zástupcami dieťaťa, môže vedúca Detského centra rozhodnúť o ukončení dochádzky dieťaťa do Detského centra Montessori.

V Čadci ..............................................

Rodič: ................................................................

 Podpis zákonného zástupcu

***Lekárske potvrdenie o zdravotnom stave dieťaťa***

*Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa podľa § 24 ods. 7 zákona č.355/2007 Z.z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.* Dieťa:

 1. je spôsobilé navštevovať Detské centrum Montessori- MŠ

2. nie je spôsobilé navštevovať Detské centrum Montessori- MŠ

 ( nehodiace sa preškrtnite )

**Údaje o povinnom očkovaní:**

**Iné poznámky o zdravotnom stave dieťaťa:**

 Dátum: ........................... Pečiatka, podpis lekára