**Žádost o součinnost v oblasti zajištění nadstandardních zdravotních potřeb dítěte**

Jako zákonný zástupce žáka …………………………….………………, třída ………………,

 (jméno a příjmení dítěte)

žádám zaměstnance školy o součinnost v oblasti zajištění nadstandardních zdravotních potřeb našeho dítěte.

**K této žádosti dokládám vyjádření lékaře:**

|  |
| --- |
| Onemocnění dítěte: ………………………………………………………………… |
| Popis projevů onemocnění, které vyžadují zásah zaměstnance školy: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| Návod, podle kterého mají zaměstnanci školy postupovat v případě nutného zásahu: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| Upozornění na možné komplikace či další informace o způsobu péče o dítě:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| Požadované činnosti nevyžadují odbornou kvalifikaci ani speciální odborné vzdělání či odbornou praxi. |
| Datum: …………………………………………………………………….Jméno a příjmení lékaře: ………………………………………………......Podpis lékaře: ………………………………………………………………Razítko ordinace |

Beru na vědomí, že jakékoliv projevy nebo komplikace přesahující běžný průběh onemocnění a takové komplikace, které již vyžadují odbornou lékařskou pomoc, bude škola řešit přivoláním zdravotní záchranné služby, popř. poskytnutím péče odpovídající zásadám první pomoci.

Místo a datum podpisu žádosti: ……………………………………………………………..

Jméno a příjmení zákonného zástupce žáka: ………………………………………………..

Podpis zákonného zástupce žáka: …………………………………………………………..