
Zaměstnavatel (adresa, telefon): _____

Nepracuje – Na MD – do zaměstnání nastoupí**) _____

Sourozenci (jméno, datum narození) _____

Prohlášení rodičů

„Zavazujeme se, že neprodleně oznámíme učitelce mateřské školy výskyt přenosné choroby v rodině nebo nejbližším okolí dítěte, onemocnění dítěte přenosnou chorobou nebo onemocnění osoby, s níž dítě přišlo do styku. Pro potvrzení tohoto, níže přikládáme své podpisy.“

Tento souhlas platí pro školní roky: _____

V _____ dne _____.

Podpisy zákonného zástupce: _____

Razítko mateřské školy: _____

*) Vyberte pouze jednu možnost, svou volbu označte křížkem ☒

**) Nehodící se škrtněte