



Základná škola, Tribečská 1653/22, 955 01 Topoľčany

## **INFORMOVANÝ SÚHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU**

Zdravotnícky pracovník v škole od 1.9.2022

- nepedagogický zamestnanec
- poskytuje zdravotnícku, ošetrovateľskú starostlivosť a prvú pomoc
- v prípade nutnosti privolá RZP
- v prípade náhleho zdravotného problému žiaka ho prevezme od vyučujúceho z triedy do zdravotníckej miestnosti na prízemí hlavnej budovy školy a telefonicky kontaktuje zákonného zástupcu, s ktorým sa dohodne na ďalšom postupe
- sprevádza žiakov na športových, výchovných a pod. podujatiach, školských výletoch, exkurziách a výcvikoch
- pomáha žiakom so zdravotným znevýhodnením
- vykonáva dozor nad žiakmi
- organizuje preventívne a poradenské aktivity v oblasti podpory zdravého životného štýlu a prevencie ochorení
- poskytuje žiakom školy zdravotnú starostlivosť výlučne na základe informovaného súhlasu zákonného zástupcu
- všetky osobné údaje sú spracúvané v súlade so zákonom NR SR č. 18/2018 Z. z.
- telefonický kontakt na zdravotníckeho pracovníka: 0917 911 655
- Zdroj financovania: Plán obnovy a odolnosti SR
- info na web stránke školy [www.zstribeckskato.sk](http://www.zstribeckskato.sk) v ľavej bočnej časti MENU - Zamestnanci

**Školský rok: 2022/2023**

Meno a priezvisko žiaka: \_\_\_\_\_

Trieda: \_\_\_\_\_ Vek: \_\_\_\_\_

Dolupodpísaný zákonný zástupca menovaného žiaka:

**Meno a priezvisko zákonného zástupcu (matka)** \_\_\_\_\_

**1) V prípade náhleho zdravotného problému žiaka v škole:**

**SÚHLASÍM / NESÚHLASÍM\*** s tým, aby bola môjmu dieťaťu zmeraná telesná teplota

**SÚHLASÍM / NESÚHLASÍM\*** s tým, aby boli môjmu dieťaťu podané bežne dostupné lieky a to konkrétne:

- v prípade bolesti hlavy môže užiť: \_\_\_\_\_

- v prípade bolesti brucha môže užiť: \_\_\_\_\_

[www.zstribeckskato.sk](http://www.zstribeckskato.sk), email: [zstribeckskatopolcany@gmail.com](mailto:zstribeckskatopolcany@gmail.com), tel.: 038/5325002, 0907770207



Základná škola, Tribečská 1653/22, 955 01 Topoľčany

- iné: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SÚHLASÍM / NESÚHLASÍM\*** s tým, aby v prípade privolania RZP, ak sa ani jednému zákonnému zástupcovi nebude dať dovoliť, moje dieťa zdravotnícky pracovník školy sprevádzal do zdravotníckeho zariadenia.

**2) V prípade stáleho zdravotného problému, ktoré moje dieťa má:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- žiadam od zdravotníckeho pracovníka, aby môjmu dieťaťu aplikoval nasledovné lieky: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3) Iné informácie (napr. o alergií, intolerancii a pod.) a Vaše požiadavky na zdravotníckeho pracovníka:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Topoľčany dňa \_\_\_\_\_

Podpis zákonného zástupcu (matka): \_\_\_\_\_

**PLÁN [OBNOVY]**



**Financované  
Európskou úniou**  
NextGenerationEU