**Piaristické gymnázium sv. Jozefa Kalazanského, Piaristická 6, 949 01 Nitra**

**INFORMOVANÝ SÚHLAS RODIČA (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU**)

Meno a priezvisko žiaka \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ trieda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Názov a miesto školskej akcie**: Školský lyžiarsky výchovno- výcvikový kurz (LVVK), Hruštín**

Dátum uskutočnenia: **29.1. – 2.2. 2023**

Program: **LVVK**

Počet pedagogických zamestnancov **6**

Spôsob prepravy- autobus, stravovanie- plná penzia, 5xdenne, pitný režim

**Odchod – čas a miesto: 29.1.2023 (nedeľa) zraz o 7:00 hod pred budovou školy**

**Príchod – čas a miesto: 2.2.2023 o cca 18:00 pred budovu školy** Žiak je povinný dodržiavať školský poriadok, riadiť sa pokynmi pedagogického dozoru a dodržiavať zásady bezpečného správania.

Mgr. Ľubomíra Komorová vedúca plánovaného podujatia

Svojím podpisom potvrdzujem, že som bol informovaný o organizovaní horeuvedenej hromadnej školskej akcie a riadne poučený o dôsledkoch môjho súhlasu.

Po ukončení školskej akcie preberám zodpovednosť za svoje dieťa.

S tým, aby sa tejto akcie zúčastnil/zúčastnila môj syn/moja dcéra súhlasím – nesúhlasím\*

Meno a priezvisko rodiča \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis rodiča \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* nehodiace sa prečiarknite

***\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_***

**Vyhlásenie o bezinfekčnosti prostredia**

Vyhlasujem, že dieťa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

bytom v\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ neprejavuje príznaky akútneho ochorenia a že regionálny úrad verejného zdravotníctva ani lekár všeobecnej zdravotnej starostlivosti pre deti a dorast menovanému dieťaťu nenariadil karanténne opatrenie (karanténu, zvýšený zdravotný dozor alebo lekársky dohľad). Nie je mi známe, že by dieťa, jeho rodičia alebo iné osoby, ktoré s ním žijú spoločne v domácnosti, prišli v priebehu ostatného mesiaca do styku s osobami, ktoré ochoreli na prenosné ochorenie (napr. hnačka, angína, vírusový zápal pečene, zápal mozgových blán, horúčkové ochorenie s vyrážkami).

Som si vedomý(á) právnych následkov v prípade nepravdivého vyhlásenia, najmä som si vedomý(á), že by som sa dopustil(a) priestupku podľa § 56 zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

**Zároveň čestne vyhlasujem, že moje dieťa absolvovalo dňa 28.1.2023 antigénový samotest na Covid -19 s výsledkom negatívny.**

Meno, priezvisko, adresa, tel. č. zákonného zástupcu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, t. č.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dňa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ podpis zákonného zástupcu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_