

PŘÍLOHA Č. 1:**ŽÁDOST O ZAJIŠTĚNÍ PODPORY A SOUHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE/ZLETILÉHO ŽÁKA**

Údaje o žákovi:	Údaje o zákonném zástupci (u nezletilého žáka):
Jméno a příjmení:	Jméno a příjmení:
Datum narození:	Vztah k žákovi:
Třída/ročník:	Mobilní telefon:
Kontaktní telefon na žáka:	E-mail:

I. ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ ZDRAVOTNÍ PODPORY

Žádám/žádáme o poskytování zdravotní podpory / dohled nad užíváním léčivých přípravků pro výše uvedeného žáka v prostorách školy a při školních akcích.

Jedná se o následující onemocnění/stav:

- ☐ Diabetes mellitus
- ☐ Epilepsie
- ☐ Těžká alergie / anafylaxe
- ☐ Jiné chronické onemocnění: (název)
- ☐ Potřeba pravidelné medikace
- ☐ Potřeba záchranné medikace

Pravidelně podávané léky (dohled/podání):

Název léku	Dávkování	Čas podání ve škole	Způsob podání (dohled/podání)

Záchranné léky (při akutní krizi):

Název léku	Dávkování	Používá se při příznacích

PŘÍLOHA: K této žádosti přikládám **aktuální lékařské potvrzení/zprávu** od ošetřujícího lékaře (PLDD / specialisty).

II. SOUHLAS A ZÁVAZEK**Souhlasím/souhlasíme:**

1. S tím, že zdravotní podpora bude poskytována zaměstnanci školy, kteří jsou laiky.
2. S úschovou léků v uzamykatelné skříni školy a se zápisy v Záznamovém listu.
3. Se zpracováním citlivých údajů pro účely vytvoření IPZP a zajištění bezpečnosti žáka.

Zavazuji se/zavazujeme se:

1. Doručit léky do školy v originálním balení s jasným označením.
2. Neprodleně informovat školu o jakékoli změně zdravotního stavu nebo medikace žáka a doložit ji novou lékařskou zprávou.
3. Na výzvu školy zajistit včasné převzetí žáka do osobní péče v případě zhoršení zdravotního stavu.

Jsem/jsme si vědom/i všech následků plynoucích z této žádosti.

V _____ dne _____

Podpis zákonného zástupce / zletilého žáka _____

Potvrzení převzetí a souhlas ředitele školy

Se Žádostí souhlasím a pověřuji určené zaměstnance k poskytování podpory dle IPZP.

Podpis ředitele školy _____