**Ostatní souhlasy**

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

Jméno a příjmení dítěte: ……………………………………………………………………..

Prosím, vyjádřete svůj souhlas či nesouhlas:

|  |  |
| --- | --- |
| S dopomocí dítěti při sebeobsluze na toaletě a v umývárce.  | **Souhlasím****-****Nesouhlasím** |
| S prohlížením pokožky hlavy dítěte při podezření na pedikulózu (vši, hnidy) | **Souhlasím****-****Nesouhlasím** |
| S podáváním jídla bez certifikace z obchodu (domácí moučníky, dorty, zákusky) např. při narozeninových oslavách, přespání v MŠ apod. | **Souhlasím****-****Nesouhlasím** |

Alergie dítěte:

Tento souhlas je zcela dobrovolný, platí po celou dobu docházky a lze jej kdykoliv odvolat.

V Tišicích dne: ………………………………

………………………………………………….

 podpis zákonného zástupce