



## VYHLÁSENIE ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU DIEŤAŤA O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI DIEŤAŤA

Svojim podpisom potvrdzujem, že dieťa:

Meno a priezvisko dieťaťa: .....

Rok narodenia: .....

Adresa bydliska: .....

Je zdravotne spôsobilé na pobyt v kolektíve, neprejavuje príznaky žiadneho prenosného ochorenia a nemá nariadené karanténne opatrenie.

V Hlohovci, dňa .....

Podpis zákonného zástupcu dieťaťa  
.....

Zákonný zástupca v zmysle § 14 zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov udeľuje týmto prevádzkovateľovi súhlas na používanie a spracovanie svojich osobných údajov, ktoré zákonný zástupca poskytol prevádzkovateľovi tým, že mu ich sprístupnil uvedením v tejto dohode. Osobné údaje poskytol zákonný zástupca prevádzkovateľovi na účely ich spracovania a evidovania v informačných systémoch prevádzkovateľa, súhlasí s ich použitím na tieto účely.