

PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE DÍTĚTE

Jako zákonný zástupce dcery/syna dávám svůj souhlas Dětskému domovu Senožaty 199 k tomu, aby **zpracovával a evidoval osobní a citlivé údaje** včetně rodného čísla mého dítěte ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů v platném znění a Zákona č. 133/2000 Sb. o evidenci obyvatel a rodných číslech v platném znění. Svůj souhlas poskytuji pro účely vedení povinné dokumentace v zařízení i ve škole, kterou dítě navštěvuje podle Zákona 561/2004 Sb. školského zákona v platném znění a Zákona č. 109/2002 Sb. o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů ve znění pozdějších předpisů, k vedení nezbytné zdravotní dokumentace, pro kulturní a sportovní akce, výlety, rekreační pobyty, ozdravné pobyty, letní tábory, přijímací řízení na střední školy, úrazové pojištění dětí a pro jiné účely související s běžným chodem dětského domova.

Souhlas poskytuji na celou dobu trvání pobytu dítěte v zařízení a na zákonem stanovenou dobu, po kterou se tato dokumentace v zařízení povinně archivuje.

Souhlasím s tím, aby fotografie a videa z činnosti dětského domova, na kterých bude také moje dítě, byly použity k prezentaci dětského domova (webové stránky, výstava, tisk apod.), dále souhlasím, aby byly fotografie mého dítěte použity v případě potřeby pro účely náhradní rodinné péče (**pouze pokud dám s umístěním mého dítěte do NRP souhlas**). Dále jsem si vědom/a toho, že má moje dítě zřízen facebook a souhlasím s tím, že zde prezentuje své fotografie.

Dále dávám souhlas DD v Senožatech k ošetřování mého dítěte po celou dobu trvání ústavní výchovy. Souhlas se vztahuje na:

- preventivní prohlídky
- sanace dětského a stálého chrupu (výplně, extrakce)
- ošetřování sliznic a ostatních měkkých tkání v dutině ústní
- ošetření fraktur, spálenin, opaření a jiných příp. úrazů
- perforace ušních bubínek
- oční vyšetření a další zákroky, které ošetřující dětská lékařka uzná za vhodné
- ortopedická vyšetření
- pedagogicko - psychologická vyšetření, psychiatrická vyšetření
- sexuologická vyšetření, běžná gynekologická vyšetření
- v případě akutního chirurgického zákroku dávám souhlas k operaci mého dítěte
- pokud je mé dítě psychiatricky medikováno, souhlasím s hospitalizací mého dítěte v některé z dětských psychiatrických léčeben (pokud to bude závažný stav mého dítěte vyžadovat) včetně souhlasu se vzděláváním při tomto zdravotnickém zařízení.

Všechna tato vyšetření a ošetření budou vykonána vždy pouze na doporučení lékaře.

Dále souhlasím s tím, že v případě podezření mohou pověřeni zaměstnanci DD provádět mému dítěti testy na přítomnost THC, alkoholu a jiných omamných látek v těle.

Jméno dítěte:

Podpis zákonného zástupce dítěte: