**VYHLÁSENIE ZÁKONN ÝCH ZÁSTUPCOV**

V prípade ochorenia dieťaťa, výskytu infekčnej choroby v rodine alebo v najbližšom okolí, bezodkladne oznámim.

Ďalej sa zaväzujem, že oznámim aj každé očkovanie dieťaťa a ochorenie dieťaťa prenosnou chorobou.

Beriem na vedomie, že na základe opakovaného porušovania vnútorného poriadku zariadenia zákonnými zástupcami dieťaťa, môže riaditeľ zariadenia rozhodnúť o ukončení dochádzky dieťaťa .

Súčasne sa zaväzujem, že budem pravidelne mesačne a v termíne do 25.dňa v mesiaci platiť príspevok na úhradu výdavkov zariadenia.

Zároveň dávam súhlas na spracovanie osobných údajov dieťaťa a jeho zákonných zástupcov pre potreby zariadenia.

Svojim podpisom dávam súhlas k príprave a realizácií všetkých aktivít zariadenia

s účasťou môjho dieťaťa, ktorého som zákonným zástupcom a s jeho presunom na tieto aktivity, ako aj k fotografovaniu a spracovaniu osobných údajov dieťaťa, videozáznamov pre potreby a propagáciu zariadenia.

Podpis zákonných zástupcov:

.......................................................... ......................................................

V Banskej Bystrici, dňa .........................................