

**MATEŘSKÁ ŠKOLA "JABLŮŇKA", LIBEREC, JABLOŇOVÁ 446/29, příspěvková organizace**  
**460 01 LIBEREC 12,**  
**IČ: 72743140**

telefon: +420 602 223 183  
email: ms53.lbc@volny.cz



## Dotazník pro rodiče – souhlas s poskytnutím informací

Vážení rodiče, naše mateřská škola usiluje o zlepšení prostředí s ohledem na alergické a astmatické děti. Tímto Vás prosíme o vyplnění dotazníku, který poslouží ke zvýšení informovanosti MŠ pro případ nutnosti poskytnout první pomoc a zajistit Vašemu dítěti odpovídající lékařskou pomoc.

**Prosíme, pokud v průběhu roku dojde ke změnám – nahlase ve třídě třídním učitelkám!**

<b>Jméno dítěte:</b>	<b>Rok narození:</b>
<b>Třída:</b> <input type="checkbox"/> A1 – Červené jablíčko <input type="checkbox"/> A2 – Modré jablíčko <input type="checkbox"/> B1 – Žluté jablíčko <input type="checkbox"/> B2 – Zelené jablíčko	
<b>Moje dítě má diagnostikovanou alergii odborným lékařem:</b> <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	
<b>Moje dítě má alergii na:</b> <input type="checkbox"/> roztoče (upřesněte)..... <input type="checkbox"/> pyl (upřesněte)..... <input type="checkbox"/> zvířata (upřesněte)..... <input type="checkbox"/> hmyz (upřesněte)..... <input type="checkbox"/> léky (upřesněte)..... <input type="checkbox"/> jiné (upřesněte).....	
<b>Moje dítě má:</b> <input type="checkbox"/> astma <input type="checkbox"/> alergickou rýmu <input type="checkbox"/> ekzém	
<b>Byla alergie potvrzena lékařem a byly provedeny alergické testy:</b> <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	
<b>Moje dítě užívá pravidelně léky:</b> <input type="checkbox"/> ANO (upřesněte)..... <input type="checkbox"/> NE	
<b>Moje dítě užívá pohotovostní léky při zhoršení potíží:</b> <input type="checkbox"/> ANO (upřesněte)..... <input type="checkbox"/> NE	
<b>Moje dítě bylo hospitalizováno se závažnou alergickou reakcí (anafylaxií):</b> <input type="checkbox"/> ANO (upřesněte)..... <input type="checkbox"/> NE	
<b>Moje dítě bylo vybaveno pohotovostním balíčkem, včetně autoinjektoru:</b> <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	
<b>Moje dítě užívá pravidelně léky:</b> <input type="checkbox"/> ANO (upřesněte)..... <input type="checkbox"/> NE	
<b>Moje dítě užívá pravidelně léky:</b> <input type="checkbox"/> ANO (upřesněte)..... <input type="checkbox"/> NE	

**Souhlasím, že informace uvedené v dotazníku budou v případě nutnosti poskytnuty dalším pracovníkům školy a lékařům:**

Jméno zákonného zástupce \_\_\_\_\_, datum \_\_\_\_\_ podpis \_\_\_\_\_.