Sunny Canadian International School - Mateřská škola, s.r.o.
Straková 522, Jesenice, Osnice, 252 42
e-mail: ms@sunnycanadian.cz
tel.: +420 734 503 885

sunny canadian international school

MEDICAL FORM
ZDRAVOTNÍ FORMULÁŘ

Child's Full name:
Celé jméno dítěte:

Date of birth (day/month/year):
Datum narození (den/měsíc/rok):

Sex: M/F
Pohlaví: M/Ž

Doctor's full name/adddress:
Celé jméno lékaře:

Insurance company / ID No.:
Pojišťovna:

Doctor's telephone:
Telefon lékaře:

Child's blood type:
Krevní skupina dítěte:

This Child has all required vaccinations.
Dítě je řádně očkováno.

This Child can attend the school events – swimming, sauna, trip in nature.
Dítě se může účastnit akcí školy – plavání, saunování, ozdravný pobyt v přírodě.

Signature, stamp from doctor: _____
Razítko a podpis lékaře

Please list any known allergies that the child has (include sensitivity to foods, etc.):
Prosím, vypište alergie, které Vaše dítě má (včetně citlivosti na jídlo, zvířata a léky):

Does your child have any dietary restrictions/requirements? Please specify:
Má Vaše dítě nějaké dietní doporučení / požadavky? Prosím specifikujte:

Does your child have any limitations to ordinary school activities (ie. outdoor physical activities and play)?
Má Vaše dítě nějaké omezení z běžných školních činností?

Please list any serious conditions in the child's medical history (for example - asthma, diabetes, epilepsy, tuberculosis etc.):
Prosím, vypište vážné nemoci, kterými Vaše dítě prošlo (napr. Astma, cukrovka, epilepsie, tuberkulóza atd.):

Is your child currently on any medication (that would aftect them in school)? If yes, please specify which medication(s):
Je Vaše dítě v současné době léčeno ? Je-li , prosím , specifikujte léčbu a léky:

Please list any special information about your child that you thing would help in any emergency situation.
Prosim vypište jakékoliv informace o Vašem dítěti, které by dle Vás mohly pomoci v připadě akutní situace.

I give permission to administer first aid to my child.
Dávám svolení k poskytnutí první pomoci mému dítěti.

Should my child sustain an injury while in attendance at the Sunny Canadian International School – Mateřská škola, s.r.o , the staff have my permission to request medical assistance from the emergency section of the nearest hospital if I am unavailable to be reached or if the designated emergency contact person(s) cannot be reached.

V případě, že by se mé dítě zranilo během docházky do Sunny Canadian International School – Mateřské školy, s.r.o a já nebudu k zastižení na telefonu a ani pohotovostní kontaktní osoba nebude k zastižení, dávám Sunny Canadian International School – Mateřská škola, s.r.o souhlas odvézt mé dítě na nejbližší dětské pohotovostní oddělení.

Please attach copy of insurance card.
Prosím, přiložte kopii karty zdravotní pojišťovny.

Emergency contact person:
Pohotovostní kontaktní osoba:

Telephone:
Telefon:

Emergency contact person
Pohotovostní kontaktní osoba

Telephone:
Telefon:

Date: _____
Datum

Signature: _____
Podpis

Name of the person signing (please print):
Podpis hůlkovým písmem: