Základná škola, Dr. Daniela Fischera 2, 060 01 Kežmarok

**Informovaný súhlas zákonného zástupcu dieťaťa/žiaka**

v zmysle §2 písm. y) zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

Ako zákonný zástupca dieťaťa/žiaka: ..................................................................... zapísaného stravníka v Školskej jedálni pri ZŠ Dr. Fischera, Kežmarok svojim podpisom dávam súhlas na skutočnosť:

Že som bol informovaný o tom, že v súvislosti so zdravotným stavom môjho dieťaťa súhlasím s nasledujúcim postupom výdaja donesených diétnych pokrmov:

***Zákonný zástupca dieťaťa /žiaka***

* *predloží vyjadrenie odborného lekára týkajúce sa zdravotného stavu dieťaťa s určením diagnózy a spôsobu osobitného stravovania;*
* *hotové diétne pokrmy dodá v deň konzumácie v uzavretých, prepravných nádobách;*
* *preberá plnú zodpovednosť za zdravotnú bezpečnosť donesených pokrmov do školského zariadenia, za ich nutričnú a energetickú hodnotu;*
* *zodpovedá za čistotu a zdravotnú bezpečnosť prepravných nádob;*
* *dodržiava zákaz vstupu nepovolaným osobám do výrobných a skladovacích priestorov zariadenia školského stravovania.*

***Poverený zamestnanec zariadenia školského stravovania***

* *donesené diétne pokrmy prevezme a uskladní v samostatnom chladiacom zariadení;*
* *pred výdajom donesené pokrmy zohreje v mikrovlnnej rúre (alebo v inom varnom zariadení);*
* *pri skladovaní, ohrievaní a podávaní individuálne donesenej stravy dodržiava zásady Správnej výrobnej praxe HACCP tak, aby bola zabezpečená zdravotná bezpečnosť podávaných pokrmov.*

***Svojím podpisom potvrdzujem, že som bol informovaný o postupe výdaja donesených pokrmov a riadne poučený o dôsledkoch môjho súhlasu.***

Meno a priezvisko zákonného zástupcu / otca / : ......................................................................

Podpis : .......................................................... Dátum podpisu : ................................................

Meno a priezvisko zákonného zástupcu / matky / : ...................................................................

Podpis : .......................................................... Dátum podpisu : ................................................