



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost

## Evidenční list dítěte DS

### Jméno dítěte

.....

Datum narození dítěte .....

Národnost.....Adresa trvalého pobytu dítěte.....

.....

Dítě již dříve navštěvovalo školku /adresa .....

.....

Kontakty v případě nouze (jméno, telefon)

.....

-----

### Matka

Jméno: .....

Adresa: .....

Telefon: ..... e-mail: .....

Zaměstnání.....tel.do zaměstnání.....

-----

### Otec

Jméno: .....

Adresa: .....

Telefon: .....e-mail: .....

Zaměstnání.....tel.do zaměstnání.....

Požadované dny: PO ÚT ST ČT PÁ

Požadovaná docházka: dopolední / půldenní / celodenní

Výše úhrady.....

Jména a příjmení osob, včetně adresy a kontaktu, oprávněných vyzvedávat dítě (kromě rodičů):

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

Zdravotní pojišťovna dítěte..... kód ZP.....

(nezapomeňte dát prosím dítěti fotokopii průkazu zdravotního pojištění.)

Jméno dětského lékaře a telefon

.....

Má dítě nějaké chronické zdravotní potíže?

.....

Trpí dítě nějakým druhem alergie?

.....

Má dítě nějaké dietní doporučení / požadavky?

.....

Má dítě nějaké omezení z běžné činnosti?

.....  
.....

Nějaké další informace o zdravotním stavu dítěte:

.....

Jaké jsou oblíbené aktivity/hry dítěte doma:

.....

Jaké jsou oblíbené aktivity/hry dítěte v přírodě: .....

Potřebuje dítě plínku či dudlíček na spaní: .....

**Zatrhňte, prosím, vyhovující variantu**

Beru na vědomí, že odpovědné osoby DS udělají vše potřebné pro zajištění bezpečnosti a ochrany dítěte při případném zranění během účasti na programu školky:

ano ne

V případě zranění dítěte a nedostižení osob pro případ nouze souhlasím s odvozem dítěte na dětské pohotovostní oddělení:

ano ne

Souhlasím se zpracováním osobních údajů pro potřeby DS

ano ne

Souhlasím s elektronickým uložením osobních údajů po zákonnou dobu/vyplývajícího z nařízení (EU) 2016/679 (GDPR)/

ano ne

Souhlasím s účastí dítěte na akcích mimo prostory DS:

ano ne

Souhlasím s použitím fotografií dítěte na materiálech/webových stránkách DS:

ano ne

**Souhlasím s provozním řádem a platebními podmínkami DS Monty**

Jméno rodiče hůlkovým písmem

.....

Datum založení listu.....

Podpis rodiče.....

**Vyjádření dětského lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte a k nástupu**

**do DS Monty na školní rok**

Vyjádření ke zdravotnímu stavu dítěte (speciální výchovná péče a režim, zdravotní postižení, chronické onemocnění, odchylky v psychomotorickém vývoji, alergie atd.)

.....

Povinné očkování dítěte dle schématu ..... Razítko a podpis lékaře.....