



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

Evidenční list dítěte DS

Jméno dítěte

.....

Rodné číslo

.....

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.....

Datum zahájení docházky..... .Požadované dny : PO ÚT ST ČT PÁ

Požadovaná docházka: dopolední /půldenní / celodenní

Dle dohody :

Výše částečné úhrady.....

Datum úhrady.....

Číslo účtu, na který je úhrada posílána 115-5136890287/0100.....

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

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

Zdravotní pojišťovna dítětekód 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:

Má 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 nedostížení 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 Jája

Jméno rodiče hůlkovým písmem

.....

Datum založení listu

Podpis rodiče

Podpis provozovatele DS

Vyjádření dětského lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte a k nástupu

do DS Jája na školní rok 2018-2020

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

