

Evidenční list dítěte DS

Jméno dítěte

.....

Datum narození dítěte.....

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

.....

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.....

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?

.....

.....

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

Zatrhňte, prosím, vyhovující variantu: 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

Jméno rodiče hůlkovým písmem

.....

Datum založení listu.....

Podpis rodiče.....

Vyjádření dětského lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte a k nástupu

do DS 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 schématuRazítko a podpis lékaře.....

