



Evidenční list dítěte – Dětská skupina Krokočánek

Jméno a příjmení dítěte:	
Datum a místo narození:	
Adresa trvalého pobytu:	
Rodné číslo:	
Státní občanství:	
Zdravotní pojišťovna:	
Mateřský jazyk:	

Rodiče	Matka	Otec
Jméno a příjmení:		
Adresa trvalého pobytu:		
Mobil:		
Email:		

Další osoby, které mohou vyzvedávat dítě z Dětské skupiny Krokočánek:

	Zmocněná osoba č. 1	Zmocněná osoba č. 2
Jméno a příjmení:		
Vztah k dítěti:		
Mobil:		
Datum narození:		
Číslo OP:		

Prohlašuji, že mnou zmocněná osoba přebírá veškerou zodpovědnost za mé dítě a jsem si vědom/a všech případných rizik souvisejících s převzetím dítěte touto osobou.

V _____ dne _____

Podpisy obou zákonných zástupců:



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

Údaje o zdravotní způsobilosti:

1. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti: zdravotní - tělesné - smyslové - jiné

2. Jiná závažná sdělení o dítěti:

3. Alergie (jaký typ):

4. Bere pravidelně léky (v případě, že ano jaké):

5. Očkování dítěte (§ 50 Zákona č.258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví, v platném znění)

7. Doporučuji - nedoporučuji přijetí dítěte k péči v dětské skupině

Datum:

Razítko a podpis lékaře:



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

Žádáme o přijetí našeho dítěte k péči v Dětské skupině Krokočánek, Krokočín 59.

Ke dni:

(od 1. září 2020)

- ☐ Na celodenní a celotýdenní pravidelnou docházku - minimálně 6 hodin denně
- ☐ Na omezenou docházku (půldenní) – minimálně 3 hodiny denně.
Prosím vypište Váš požadavek (například 3x půldny týdně nebo např. 1 den v týdnu, případně konkrétní dny, pokud vyžadujete):

V

dne

Podpisy obou zákonných zástupců:



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost