

Registrační číslo:

Jméno a příjmení dítěte:

.....

Adresa:

.....

Datum a místo narození:

Mateřský jazyk:

Zdravotní pojišťovna:

Rodné číslo:

Stát. občanství:

MATKA

Jméno a příjmení:

.....

Adresa:

.....

Telefon:

Email:

OTEC

Jméno a příjmení:

.....

Adresa:

.....

Telefon:

Email:

Telefon při náhlém onemocnění, úrazu dítěte**(zmocněná osoba, schopna okamžitě dítě převézt k lékaři)**

Pověření zákonného zástupce k odvádění dítěte ze Školičky DENEVIENS z.s.

Pověřuji svého syna-dceru:

dat. nar.

Pověřuji svého syna-dceru:

dat. nar.

Jsme si vědomi toho, že vlastní úkon převzetí mladšího dítěte je svou povahou přiměřený vzhledem k věku staršího sourozence a prohlašujeme, že jsme posoudili vlastnosti obou dětí, vzdálenost bydliště i obtížnost cesty do Školičky.

Podepsaní rodiče žádají, aby výše uvedené dítě odváděl ze Školičky příbuzný (známý):

Jméno: dat. nar.:

Jméno: dat. nar.:

Rodiče prohlašují, že od převzetí dítěte touto jinou pověřenou osobou přebírají veškerou odpovědnost.

U rozvedených rodičů:

Č. rozsudku: ze dne:

Dítě svěřeno do péče:

Umožnění styku druhého rodiče s dítětem v době:

Beru na vědomí svou povinnost předávat dítě pracovníkům Školičky DENEVIENS z.s. vždy zdravé, hlásit každou změnu zdravotního stavu dítěte, onemocnění dítěte přenosnou chorobou, výskyt přenosné choroby v rodině nebo v nejbližším okolí dítěte, změnu údajů v tomto evidenčním listě, omlouvat nepřítomnost dítěte ve Školičce, zaplatit úhradu za návštěvu Školičky a úhradu za stravování vždy v uvedeném termínu.

V dne:

Podpisy obou rodičů:

.....

Vyjádření zákonných zástupců o zdravotním stavu dítěte

1. Dítě je způsobilé k docházce do Školičky DENEVIENS z.s.:
 - a. bez omezení
 - b. s omezením, jakým?.....

2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti a) b) c) d)
 - a. zdravotní
 - b. tělesné
 - c. smyslové
 - d. jiné, jaké

3. Trpí dítě chronickým onemocněním? V případě, že ANO, prosím uveďte jakým.
 - a) ANO (jakým)
.....
 - b) NE

4. Užívá dítě dlouhodobě léky? V případě, že ANO, uveďte prosím název a dávkování.
 - a) ANO (název/dávka)
.....
 - b) NE

5. Je dítě alergické? V případě, že ANO, uveďte prosím, o jaké alergie se jedná.
 - a) ANO (jaké)
.....
 - b) NE

6. Dítě může navštěvovat akce Školičky DENEVIENS z.s. konajících se mimo zařízení (výlety, exkurze, divadlo, kino, kurzy atd.)
 - a) ANO
 - b) NE

7. Jiná závažná sdělení o dítěti:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Prohlašujeme, že dítě splňuje podmínky docházky dle § 50 Zákona č. 258/2000 Sb.

Tímto udělujeme souhlas k poskytnutí první pomoci svěřenému dítěti v případě potřeby. Pokud se dítěti zhorší jeho zdravotní stav (nemoc, úraz) a rodiče nebude možno zastihnout, je personál Školičky DENEVIENS z.s. oprávněn přivolat zdravotníka.

Souhlasíme s tím, že výše uvedené údaje jsou v souladu se Zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a jsou v platném znění do odvolání zpracovány Školičkou DENEVIENS z.s., výhradně pro její účely. Tyto údaje nebudou zneužity ani poskytovány jiným osobám.

V dne:

Podpisy obou zákonných zástupců:

.....

.....

POTVRZENÍ LÉKAŘE o povinném očkování

Jméno a příjmení dítěte:

.....

Datum narození:

Trvalé bydliště:

.....

Potvrzuji, že výše jmenované dítě:

a/ se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním dle očkovacího kalendáře

b/ je proti nákaze imunní

c/ se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci

V

Dne

.....
Podpis a razítko dětského lékaře