



EVIDENČNÍ LIST PRO DÍTĚ V DS VODĚRADY Č:

Jméno a příjmení dítěte:

Adresa:

PSČ:

Datum narození: Rodné číslo: Stát.obč.:

Zdravotní pojišťovna: Mateřský jazyk:

=====

Matka

Otec

Jméno a příjmení:

.....

Adresa:

.....

Telefon:

Email.....

Zaměstnavatel:

Telefon:

Jméno a příjmení sourozenců, rok narození:

.....

Adresa-telefon při náhlém onemocnění dítěte:

.....

Školní rok:

Dětská skupina:

Přijato:

Odešlo

.....

.....

.....

Vyjádření lékaře:

1. Dítě je zdravé, může být přijato do dětské skupiny

2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti a) b) c) d)

a) zdravotní

b) tělesné



c) smyslové

d) jiné

Jiná závažná sdělení o dítěti:

Alergie:

.....

3. Dítě je řádně očkováno

4. Možnost účasti na akcích dětské skupiny - plavání, saunování, škola v přírodě

V dne:

razítko a podpis lékaře

=====

Odklad školní docházky na rok: ze dne:

č.j.:

=====

Zákonní zástupci dítěte jsou si plně vědomi, že pokud nebudou řádně platit úplatu za pobyt v dětské skupině a stravné po dobu docházky, mohou být jejich děti vyloučeny z dětské skupiny.

U rozvedených rodičů:

č. rozsudku ze dne:

dítě svěřené do péče:

umožnění styku druhého rodiče s dítětem v době:

Dítě bude z dětské skupiny vyzvedávat:.....

.....

=====

Bereme na vědomí svou povinnost předávat dítě pracovníci dětské skupiny, hlásit změny údajů v tomto evidenčním listě a omlouvat nepřítomnost dítěte v dětské skupině. Zavazujeme se, že neprodleně oznámíme pracovníci DS výskyt přenosné choroby v rodině nebo nejbližším okolí dítěte, onemocnění dítěte přenosnou chorobou nebo onemocnění osoby, s nímž dítě přišlo do styku.

V..... dne:..... Podpis zákonného zástupce:.....