

# EVIDENČNÍ LIST DÍTĚTE

Dětská skupina Štístko, Západní 99/72, 796 04 Krasice

Současně předkládám vyplněný evidenční list dítěte a prohlašuji, že údaje v něm uvedené jsou správné. Nedílnou součástí této žádosti je vyjádření lékaře o zdravotním stavu dítěte a v případě dítěte se zdravotním postižením i vyjádření školského poradenského zařízení, popř. registrujícího lékaře.

Datum doručení žádosti:	Převzal:
-------------------------	----------

## Údaje o dítěti

Jméno	Příjmení	
Datum narození	Rodné číslo	Místo narození
Trvalé bydliště		
Státní příslušnost	Zdravotní pojišťovna	

Zákonný zástupce	Matka	Otec
Jméno a příjmení		
Trvalý pobyt		
Adresa pro doručování (pokud se liší)		
Zaměstnavatel- název a adresa		
Telefonní číslo		
Email		

## Další doplňující informace

Pro stanovení podmínek pobytu dítěte v zařízení péče o dítě znění uvádím následující údaje:

Požadovaná délka docházky dítěte do zařízení:	Rozsah denní docházky:
<input type="checkbox"/> Každodenní	<input type="checkbox"/> Celodenní
<input type="checkbox"/> Nepravidelná- .....krát týdně	<input type="checkbox"/> Půldenní

\* označte křížkem preferovanou variantu

## Dítě bude vyzvedávat (uved'te osoby mimo rodiče)

Jméno, příjmení	Adresa

## U rozvedených rodičů

Dítě svěřeno do péče:	Rozsudkem ze dne:
-----------------------	-------------------

## Zdravotní potíže dítěte

Zákonný zástupce má povinnost zařízení informovat o zdravotním postižení dítěte, o změně zdravotní způsobilosti, zdravotních obtížích dítěte nebo jiných závažných skutečnostech, které by mohly mít vliv na průběh pobytu v zařízení:

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

## Vyjádření lékaře

Dítě je zdravé a může být přijato do zařízení péče o dítě:	ANO	NE
Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:		
Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním nebo má doklad, že je proti nákaze imunní:		
Dítě se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci:		
Alergie:		

V                      dne

\_\_\_\_\_  
Razítko a podpis lékaře

Dávám svůj souhlas zařízení péče o dítě k tomu, aby zpracovávalo a evidovalo osobní údaje včetně rodného čísla mého dítěte ve smyslu všech ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění a souvisejících předpisů. Svůj souhlas poskytuji pro účely vedení povinné dokumentace zařízení. O přijetí dítěte se zdravotním postižením rozhodne ředitel na základě písemného registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost.

V                      dne

\_\_\_\_\_  
Podpis zákonného zástupce