

Evidenční list dítěte – Přihláška do dětské skupiny HAFÍK

Informace o rodičích

Matka:		
Jméno a příjmení	Číslo OP	Rodné číslo
Bydliště	Telefon	Email
Povolání *		
Otec:		
Jméno a příjmení	Číslo OP	Rodné číslo
Bydliště	Telefon	Email
Povolání *		

* uveďte jednu z možností: zaměstnanec, OSVČ, osoba na rodičovské dovolené, osoba registrovaná na Úřadu práce, neaktivní osoby v procesu vzdělávání nebo pobírající invalidní/starobní důchod, ostatní

Informace o dítěti

Jméno a příjmení	Datum narození	Rodné číslo
Bydliště	Zdravotní pojišťovna	Den nástupu do DS
Údaje o zdravotním stavu dítěte a případných omezení z něho vyplývajících, které by mohly mít vliv na poskytování služby péče o dítě v dětské skupině:		

Docházka dítěte do dětské skupiny**

	5 dní v týdnu	PO – PÁ
	3 dny v týdnu	PO ÚT ST ČT PÁ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	2 dny v týdnu	PO ÚT ST ČT PÁ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

** vyberte variantu a vyškrtejte dny, které bude dítě pravidelně docházet

Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte a potvrzení o očkování

Jméno dítěte:

Datum narození:

Údaje o zdravotním stavu dítěte a případných omezení z něho vyplývajících, které by mohly mít vliv na poskytování služby péče o dítě v dětské skupině:

Potvrzuji, že dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním nebo že je proti nákaze imunní anebo že se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci:

ANO

NE

.....
Datum

.....
razítko a podpis lékaře pro děti a dorost