Evidenční list dítěte

Osobní údaje o umísťovaném dítěti v Dětské skupině Elíšek	
Jméno a příjmení:	
Datum a rok narození:	
Rodné číslo:	
Státní občanství/ mateřský jazyk:	
Místo trvalého bydliště dítěte:	
Zdravotní pojišťovna + kopie kartičky + lékařský posudek o zdrav. způs. dítěte, vč. dokladu o očkování (doložit před podpisem smlouvy):	
Zdravotní omezení/ nemoci:	
Alergie:	
Provozní dny v týdnu a doba v průběhu dne, po kterou dítě v dětské skupině pobývá:	

		Dopoledne, odpoledne, celý den	*jiný časový úsek
Pondělí:	☐	☐7-13, ☐12-17, ☐7-17	
Úterý:	☐	☐7-13, ☐12-17, ☐7-17	
Středa:	☐	☐7-13, ☐12-17, ☐7-17	
Čtvrtek:	☐	☐7-13, ☐12-17, ☐7-17	
Pátek:	☐	☐7-13, ☐12-17, ☐7-17	
Sobota:	☐	☐7-13	
Neděle:	☐		

Údaj týkající se úhrady nákladů za službu péče o dítě v DS:	
Další důležité údaje o dítěti:	

Matka/ zákonný zástupce	
Jméno a příjmení, titul:	
E-mail a mobil:	
Místo trvalého bydliště matky/ zákonného zástupce:	
Číslo OP:	

Otec/ zákonný zástupce	
Jméno a příjmení, titul:	
E-mail a mobil:	
Místo trvalého bydliště otce/ zákonného zástupce:	
Číslo OP:	

Beru na vědomí svou povinnost předávat dítě zaměstnancům Dětské skupiny Elíšek, dále Plán výchovy a péče a Vnitřní pravidla provozu Dětské skupiny Elíšek, mj. se zavazuji ihned hlásit změnu údajů v tomto evidenčním listě a omlouvat nepřítomnost dítěte v Dětské skupině Elíšek

Další osoby, které mohou vyzvedávat dítě z Dětské skupiny Elíšek (kromě matky/otce/zákonného zástupce dítěte – zmocnění k vyzvedávání dítěte z Dětské skupiny Elíšek):

Zmocněná osoba č. 1	
Jméno a příjmení, titul:	
Vztah k dítěti:	
E-mail a mobil:	
Datum narození:	
Číslo OP:	

Zmocněná osoba č. 2	
Jméno a příjmení, titul:	
Vztah k dítěti:	
E-mail a 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 ……..

……
podpis obou rodičů/ zákonných zástupců