



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost

## Evidenční list dítěte DS

### Jméno dítěte

.....

Datum narození dítěte..... Národnost.....

Adresa trvalého pobytu dítěte.....

.....

Kontakty v případě nouze (jméno, telefon)

-----

### Matka

Jméno: .....

Adresa: .....

Telefon: ..... e-mail: .....

Zaměstnání.....tel.do zaměstnání.....

-----

### Otec

Jméno: .....

Adresa: .....

Telefon: ..... e-mail: .....

Zaměstnání.....tel.do zaměstnání.....

Požadované dny: PO ÚT ST ČT PÁ Výše úhrady.....

Jména a příjmení osob, včetně adresy a kontaktu, oprávněných vyzvedávat dítě (kromě

rodičů):.....

.....

Zdravotní pojišťovna dítěte.....kód ZP.....

Jméno dětského lékaře a telefon

.....

Má dítě nějaké chronické zdravotní  
potíže? .....

.....



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost

Trpí dítě nějakým druhem alergie?  
.....

Má dítě nějaké dietní doporučení/požadavky ?  
.....

Má dítě nějaké omezení z běžné činnosti?  
.....

Potřebuje dítě plínku či dudlíček na spaní:.....

**Zatrhněte, prosím, vyhovující variantu:** V případě zranění dítěte a nedostižení osob pro případ nouze souhlasím s odvozem dítěte na dětské pohotovostní oddělení:  ano  ne

Souhlasím se zpracováním osobních údajů pro potřeby DS  ano  ne

Souhlasím s elektronickým uložením osobních údajů po zákonnou dobu/vyplývajícího z nařízení (EU) 2016/679 (GDPR)/  ano  ne

Souhlasím s účastí dítěte na akcích mimo prostory DS:  ano  ne

Souhlasím s použitím fotografií dítěte na materiálech/webových stránkách DS:  ano  ne

**Souhlasím s provozním řádem, BOZP a platebními podmínkami DS**

Jméno rodiče hůlkovým

písmem .....

**Vyjádření dětského lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte a k nástupu do DS na školní rok**

**Jméno a příjmení dítěte.....datum narození.....**

Vyjádření ke zdravotnímu stavu dítěte (speciální výchovná péče a režim, zdravotní postižení, chronické onemocnění, odchylky v psychomotorickém vývoji, alergie atd.)

Povinné očkování dítěte dle schématu .....

Razítko a podpis lékaře.....

Podpis rodiče.....

Datum založení listu.....