Evidenční list dítěte - Přihláška do dětské skupiny KORUNKA

Informace o rodičích

Jméno a příjmení - matka	Datum narození - matka	
Bydliště - matka	Telefon - matka	Email - matka
Povolání* - matka		
Jméno a příjmení - otec	Datum narození - otec	
Bydliště - otec	Telefon - otec	Email - otec
Povolání* - otec		

*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	Rodný jazyk
Bydliště		Zdravotní pojišťovna
Zdravotní stav (v případě alergie, zdravotního omezení aj. prosím specifikujte		
Den nástupu do dětské skupiny……..	Věk dítěte v době nástupu……..roky…….měsíců	

Docházka dítěte do dětské skupiny

Celodenní: 6:30 - 17:30	Dopolední: 6:30 - 12:00	Odpolední: 12:00 - 17:30
PO ÚT ST ČT PÁ	PO ÚT ST ČT PÁ	PO ÚT ST ČT PÁ
☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐

NEPRAVIDELNÁ docházka (v případě, že dítě bude umístěno pouze příležitostně)

Celodenní: 6:30 - 17:30	Dopolední: 6:30 - 12:00	Odpolední: 12:00 - 17:30
PO ÚT ST ČT PÁ	PO ÚT ST ČT PÁ	PO ÚT ST ČT PÁ
☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐

V termínu: _____

Jména, příjmení a příbuzenský vztah osob, které mohou pro dítě docházet, včetně telefonního, popřípadě jiného kontaktu:

Jméno, příjmení	Příbuzenský vztah	Telefon, email

PROHLÁŠENÍ

Rodiče se zavazují k oznamování veškerých změn údajů týkajících se pobytu dítěte v dětské skupině (např. změna bydliště dítěte, změna kontaktů, změna osob vyzvedávajících apod.) a oznamování veškerých změn souvisejících se změnou zdravotního stavu dítěte (např. výskyt přenosné choroby v rodině nebo nejbližším okolí dítěte apod.)

> Prohlašuji, že jsem se seznámil/a s Ceníkem za poskytované služby a s Provozním řádem DS Korunka, ve kterém jsou uvedeny veškeré podrobnosti, a tento se zavazuji respektovat

> Prohlašuji, že všechny mnou uvedené údaje jsou pravdivé a správné

> Prohlašuji, že dítě **bylo / nebylo** (nehodící se škrtněte) očkováno proti infekčním nemocem (tedy absolvovalo povinná očkování), zejména dle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví MZ č.537/2006 Sb.

Ve Zruči nad Sázavou dne _____

_____
Podpis zákonného zástupce