**DĚTSKÁ SKUPINA VČELIČKY**

**Evidenční list dítěte**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Údaje o dítěti**  |
| Jméno a příjmení:  |   |
| Datum a rok narození:  |   |
| Místo trvalého bydliště dítěte:  |   |
| Rodné číslo:  |   |
| Zdravotní pojišťovna:  |   |
| Státní občanství:  |   |
| Mateřský jazyk:  |   |
| Zdravotní omezení/nemoci:  |        |
| Alergie: |        |
| Jiná sdělení o dítěti |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Zákonný zástupce: Matka**  |
| Jméno a příjmení, titul:  |   |
| Telefon: |   |
| E-mail: |  |
| Místo trvalého bydliště:  |   |
| Zaměstnavatel: (adresa, telefon)  |   |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Zákonný zástupce: Otec**  |
| Jméno a příjmení, titul:  |   |
| Telefon: |   |
| E-mail: |  |
| Místo trvalého bydliště:  |   |
| Zaměstnavatel: (adresa, telefon)  |   |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **U rozvedených rodičů**  |
| č. rozsudku:  |   | ze dne:  |   |
| Dítě svěřeno do péče:  |   |
| Umožnění styku druhého rodiče s dítětem v době:  |   |

|  |
| --- |
| **Osoba – pověření vyzvednutí dítěte č. 1**  |
| Jméno a příjmení, titul:  |   |
| Telefon: |   |
| Místo trvalého bydliště:  |   |
| Rok narození: |   |
| Podpis: |  |
| Vztah k dítěti: |  |

|  |
| --- |
| **Osoba – pověření vyzvednutí dítěte č. 2**  |
| Jméno a příjmení, titul:  |   |
| Telefon:  |   |
| Místo trvalého bydliště:  |   |
| Rok narození: |   |
| Podpis: |  |
| Vztah k dítěti: |  |

|  |
| --- |
| **Osoba – pověření vyzvednutí dítěte č. 3** |
| Jméno a příjmení, titul:  |   |
| Telefon:  |   |
| Místo trvalého bydliště:  |   |
| Rok narození: |   |
| Podpis: |  |
| Vztah k dítěti: |  |

|  |
| --- |
| **Osoba – pověření vyzvednutí dítěte č. 4** |
| Jméno a příjmení, titul:  |   |
| Telefon:  |   |
| Místo trvalého bydliště:  |   |
| Rok narození: |   |
| Podpis: |  |
| Vztah k dítěti: |  |

Rodiče prohlašují, že od převzetí dítěte jimi pověřenou osobou přebírají veškerou odpovědnost.

 V ……………… dne: ……………….

 Podpis zákonného zástupce: ...............................................

Beru na vědomí svou povinnost předávat dítě odborně způsobilé osobě do dětské skupiny vždy zdravé, hlásit každou změnu zdravotního stavu dítěte, onemocnění dítěte přenosnou chorobou, výskyt přenosné choroby v rodině nebo nejbližším okolí dítěte, změnu údajů v tomto evidenčním listě, omlouvat nepřítomnost dítěte v DS, zaplatit úhradu za školné a úhradu za stravování vždy v uvedeném termínu.

 V ……………… dne: ……………….

 Podpis zákonného zástupce: ...............................................