**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: ...............................................