



Evidenční list dítěte

Dětská skupina Bublinka Kolinec, Kolinec 212, 341 42

Jméno dítěte:	
Adresa:	PSČ:
Datum narození:	
Místo narození:	
Rodné číslo:	
Státní občanství:	
Mateřský jazyk:	
Zdravotní pojišťovna:	

Matka

Jméno a příjmení:.....Datum narození:.....

Adresa:.....

Telefon:.....Bankovní spojení:.....

Email:.....

Otec

Jméno a příjmení:.....Datum narození:.....

Adresa:.....

Telefon:.....Bankovní spojení:.....

Email:.....

Kontakt při náhlém onemocnění dítěte (telefon):

Školní rok:	Dítě přijato:	Dítě odešlo:

1. Jiná závažná sdělení o dítěti:

2. Alergie:

3. Možnost účasti na akcích skupiny (výlety do přírody, divadlo aj.) ANO / NE

Pověření k odvádění dítěte z dětské skupiny

Podepsaní rodiče žádají, aby výše uvedené dítě odváděl z DS příbuzný/známý:

Jméno:	Adresa:	Číslo OP:
Jméno:	Adresa:	Číslo OP:
Jméno:	Adresa:	Číslo OP:
Jméno:	Adresa:	Číslo OP:

Datum:

Podpisy zákonných zástupců:

Beru na vědomí svou povinnost předávat dítě pečující osobě do DS 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 a omlouvat nepřítomnost dítěte v dětské skupině.

V:.....

Dne:.....

Podpis zákonného zástupce:.....