

EVIDENČNÍ LIST PRO DÍTĚ

Jméno a příjmení dítěte:

.....

Adresa:PSC:

Místo narození:

Datum narození: Rodné číslo:/..... Stát. obč.:

Kód zdravotní pojišťovny: Mateřský jazyk:

Matka:

Otec:

Jméno a příjmení:

Adresa:

.....

Telefon:

Zaměstnavatel :
(adresa, telefon)

.....

.....

Dítě přijato dne:Dítě odešlo dne:

Dítě bude vyzvedávat:

.....

U rozvedených rodičů:

č.rozsudku: ze dne:

dítě svěřeno do péče:

.....

Umožnění styku s druhého rodiče s dítětem v době:

.....

Beru na vědomí svou povinnost předávat dítě vychovatelce do dětské skupiny, hlásit změnu údajů v tomto evidenčním listě a omlouvat nepřítomnost dítěte.

V dne:

podpisy obou rodičů/zákonných zástupců

LÉKAŘSKÝ POSUDEK O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného pobytu:

.....

Část 1)

Posuzované dítě k účasti v zařízení péče o děti – Dětská skupina Bublinky.:

- a) je zdravotně způsobilé
- b) není zdravotně způsobilé
- c) je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením):

.....

.....

Část 2)

Posuzované dítě

- A) je řádně očkováno
- B) je proti nákaze imunní (typ/druh)
.....
- C) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh)
.....
- D) má doporučeno od lékaře posunutí očkování z důvodu zdravotních komplikací
.....

Část 3)

Dítě je alergické na

.....

.....

- dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka)

.....

.....
datum vydání posudku

.....
podpis a razítko lékaře