

PŘIHLÁŠKA DO DĚTSKÉ SKUPINY LVÍČATA

DÍTĚ		
Jméno a příjmení:		
Adresa trvalého pobytu:		
Zdravotní pojišťovna:		
Datum narození:		
Rodné číslo: (není-li dítě občanem ČR, uveďte druh a číslo identifikačního dokladu vydaného ČR a EPČ – evropské číslo pojištění):		
Rodič: Příjmení	Jméno:	
Adresa trvalého pobytu:		
Doručovací adresa:		
Mobil:	E-mail:	Číslo OP:
Zaměstnavatel:		
Rodič: Příjmení:	Jméno:	
Adresa trvalého pobytu:		
Doručovací adresa:		
Mobil:	E-mail:	Číslo OP:
Zaměstnavatel:		

I. STANOVENÍ POVĚŘENÝCH OSOB K VYZVEDÁVÁNÍ DÍTĚTE*

Zákonný zástupce pověřuje níže uvedené osoby k vyzvedávání dítěte z Dětské skupiny Úřadu vlády České republiky.

Prohlašuji, že mnou pověřená osoba od okamžiku fyzického převzetí dítěte přebírá veškerou odpovědnost za mé dítě a jsem si vědom/a veškerých rizik souvisejících s převzetím touto osobou. V případě, že pověřenou osobou je osoba nezletilá, zákonný zástupce prohlašuje, že právní úkon, k němuž nezletilého pověřil, je přiměřený jeho intelektuální a mravní vyspělosti.

Dále souhlasím s předáním informací o pobytu mého dítěte ve skupině mnou pověřené osobě, která dítě bude daný den vyzvedávat.

Údaje o pověřených osobách k vyzvedávání dítěte:

Jméno a příjmení	Datum narození	Číslo OP	Vztah k dítěti	Telefonní kontakt

*Dětská skupina Úřadu vlády ČR akceptuje další pověření pouze písemnou formou, která obsahuje podpis rodičů.

II. STANOVENÍ DOCHÁZKY DÍTĚTE

Docházka*					
	Pondělí	Úterý	Středa	Čtvrtek	Pátek
Docházka dopolední					
Docházka celodenní					

*U docházky se vyplňuje ANO

III. STRAVOVÁNÍ

Vlastní stravu dodává dítěti do Dětské skupiny zákonný zástupce pouze v případě

- věku dítěte
- z důvodu prokázané intolerance dítěte na některou ze složek stravy. Intoleranci dítěte je zákonný zástupce povinen doložit potvrzením od lékaře.

Vlastní strava: ANO x NE

IV. ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

V případě změn údajů uvedených v této přihlášce je zákonný zástupce povinen tyto skutečnosti neprodleně oznámit písemně manažerce dětských skupin: email: lvicata@vlada.gov.cz

Jméno a příjmení a podpis zákonných zástupců:

V

dne

POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K PŘIJETÍ DO DĚTSKÉ SKUPINY*

(vyplní lékař):

Posuzované dítě (nehodící se škrtněte):

- a) je zdravotně způsobilé k nástupu do dětské skupiny
- b) není zdravotně způsobilé k nástupu do dětské skupiny
- c) je způsobilé s tímto omezením:

Posuzované dítě:

- a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním: ANO - NE
- b) je proti nákaze imunní (typ/druh):
- c) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh):
- d) je alergické na:
- e) dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka):

Oprávněná osoba

Jméno, popřípadě jména, a příjmení oprávněné osoby:

Vztah k posuzovanému dítěti (zákonný zástupce, opatrovník, pěstoun, popř. další příbuzný dítěte):

Oprávněná osoba převzala posudek

do vlastních rukou dne:

Podpis oprávněné osoby

V

dne

Podpis a razítko lékaře

*Toto potvrzení nesmí být starší 3 měsíců v době podání přihlášky