

Evidenční list dítěte – FANYNKA Dětská skupina

Fakultní nemocnice Hradec Králové

Údaje o dítěti	
Jméno a příjmení	
Datum a rok narození	
Bydliště (adresa místa pobytu)	
Zdravotní pojišťovna (přiložit kopii průkazky ZP)	
Státní občanství	
Mateřský jazyk	
Stravování – vlastní (ANO / NE)	
Omezení / alergie / nemoci	

Informace o specifických potřebách a vlastnostech dítěte, které mohou mít vliv na jeho pobyt v DS (v případě potřeby pokračujte na zadní stranu nebo zvláštní list)

--

Rodič / Zákonný zástupce dítěte – zaměstnanec FNHK

Příjmení, jméno, titul	
Telefon (mobilní), e-mail	

Rodič / Zákonný zástupce dítěte

Příjmení, jméno, titul	
Telefon (mobilní), e-mail	

Beru na vědomí povinnost dodržovat Vnitřní pravidla Dětské skupiny, mimo jiné pak povinnost neprodleně hlásit změny údajů v tomto evidenčním listě, předávat dítě do DS osobně nebo prostřednictvím určených zástupců a včas ohlásit nebo omluvit nepřítomnost dítěte v DS.

V Hradci Králové dne

podpisy zákonných zástupců dítěte



Financováno
Evropskou unií

Operační program
Zaměstnanost plus

Další osoby, které mohou předávat a vyzvedávat dítě z DS FNHK – zmocnění k vyzvedávání dítěte z DS

1. Zmocněná osoba	
Příjmení, jméno, titul	
Bydliště	
Vztah k dítěti	
Telefon (mobilní)	
Datum narození	
Číslo OP	

2. Zmocněná osoba	
Příjmení, jméno, titul	
Bydliště	
Vztah k dítěti	
Telefon (mobilní)	
Datum narození	
Číslo OP	

Prohlašuji, že mnou zmocněná osoba přebírá veškerou zodpovědnost za mé dítě a jsem si vědom všech případných rizik souvisejících s převzetím dítěte touto osobou

V Hradci Králové dne

podpisy zákonných zástupců dítěte



**Financováno
Evropskou unií**

**Operační program
Zaměstnanost plus**