

Přihláška do DS BONA

v rámci projektu DS BONA III, reg. č. CZ.07.4.51/0.0/0.0/21_081/0002333

Přijato dne
Propuštěno dne

DÍTĚ:

Příjmení:	Jméno:	datum narození:
Adresa trvalého bydliště		
Pojišťovna:		

MATKA: *)

Příjmení:	Jméno:	
Adresa trvalého bydliště:		
Zaměstnavatel (název a sídlo):		
Tel. Práce:	Mobil:	E-mail:
Povolání:	Potvrzení zaměstnavatele (podpis, razítko) :	

OTEC: *)

Příjmení:	Jméno:	
Adresa trvalého bydliště:		
Zaměstnavatel (název a sídlo):		
Tel. Práce:	Mobil:	E-mail:
Povolání:	Potvrzení zaměstnavatele (podpis, razítko) :	

*) Pokud dítě nemá rodiče nebo nežije u nich, vyplní části OTEC a MATKA osoby, které mají dítě v přímé péči a uvedou tam svoje data s poznámkou o svém vztahu k dítěti (např. babička, pěstoun).

Má-li dítě rodiče a tito nejsou zbaveni rodičovské moci, je třeba, aby evidenční list podepsal vedle osob, které mají dítě v přímé moci, také jeden z rodičů

ZDRAVOTNÍ STAV DÍTĚTE (vyplní lékař):

Potvrzuji, že zdravotní stav dítěte je dobrý, není námitek proti jeho přijetí do dětské skupiny. **)				
Proti přijetí dítěte do dětského kolektivu jsou tyto námítky: **)				
**) Nehodící-se přeškrtněte.				
Dítě je očkováno a přeočkováno proti:				
Infanrix Hexa, nebo Hexacima (záškrt, tetanus, dáv.kašel, dětská obrna, HIB, HBV)	1.	2.	3.	4.
Priorix (MMR)	1.	2.		
Jiné:				
Dítě prodělalo tyto přenosné nemoci:				
Neštovice				
V	dne		Podpis a razítko lékaře	
Ne starší než tři měsíce v době podání přihlášky				

1. Bereme na vědomí, že musíme předložit všechna potvrzení o očkování dítěte.
2. Souhlasíme s veškerými zdravotnickými opatřeními DS a dáváme souhlas s nahlížením do zdravotnické dokumentace všem pracovníkům DS CSSP poskytujícím zdravotně - výchovnou péči, nebo vykonávajícím kontrolu úrovně poskytované péče, i osobám získávajícím způsobilost k výkonu zdravotnického povolání (např. studentům zdravotnických škol). Tito pracovníci jsou vázáni povinnou mlčenlivostí.
3. Dáváme souhlas k shromažďování a zpracování osobních údajů v souladu s ustanoveními § 11 zákona č. 101/2000 Sb. Zavazujeme se bez zbytečného odkladu nahlásit změnu osobních údajů.

V dne

Podpis zákonného zástupce