Přihláška do dětské skupiny Lumpíkov

Údaje o dítěti

Jméno a příjmení:
Datum narození:
Rodné číslo:
Adresa místa pobytu:
Zdravotní pojišťovna:

Údaje o rodičích (zákonných zástupcích)

Jméno a příjmení matky*:
Adresa místa pobytu:**
Telefon:
E-mail:

Jméno a příjmení otce*:
Adresa místa pobytu:**
Telefon:
E-mail:

*) 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

**) Je-li odlišná od adresy dítěte

Osoby, které na základě pověření rodičů budou pro dítě docházet (jméno a příjmení, adresa místa pobytu, telefon, e-mail)

Dětská skupina LUMPÍKOV, Lumpeco z. ú., Národních mučedníků 586, 738 01 Frýdek-Místek
tel.: +420 776 802 351, skolicka@lumpeco.cz

Docházka v čase 7:00 – 17:00

Pondělí	Úterý	Středa	Čtvrtek	Pátek
☐	☐	☐	☐	☐

Zdravotní stav dítěte, zdravotní omezení, alergie (vyplní rodič/zákonný zástupce)

POTVRZENÍ LÉKAŘE

Jméno a příjmení lékaře:

Potvrzuji, že dítě:
a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním
b) je vůči nákaze imunní
c) se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci

Dítě je schopno návštěvy zařízení: ano ne

V(e) dne

Razítko a podpis lékaře

Podpis rodiče/zákonného zástupce

V(e) dne

Podpis