

EVIDENČNÍ LIST DÍTĚTE V DĚTSKÉ SKUPINĚ VLNKA

JMÉNO A PŘÍJMENÍ DÍTĚTE:		
DATUM NAROZENÍ:		RODNÉ ČÍSLO:
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA:		
ADRESA:		
JMÉNO A PŘÍJMENÍ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE:		
1.		
2.		
ADRESA (pokud je jiná než adresa dítěte):		
KONTAKTNÍ TELEFON:		
E-MAIL:		
OSOBY, KTERÉ MOHOU DÍTĚ VYZVEDÁVAT:		
DOCHÁZKA:		
PONDĚLÍ	ANO – NE	
ÚTERÝ	ANO – NE	
STŘEDA	ANO – NE	
ČTVRTEK	ANO – NE	
PÁTEK	ANO - NE	
Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním (§ 50, zákon 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví) ANO - NE		
ZDRAVOTNÍ OMEZENÍ DÍTĚTE:		
SPECIÁLNÍ DIETA:		
OSTATNÍ DŮLEŽITÁ UPOZORNĚNÍ:		
Ve Zlíně dne:		Podpis zákonného zástupce

