**EVIDENČNÍ LIST PRO DÍTĚ**

Jméno a příjmení dítěte:

....................................................................................................................................................

Adresa: ..............................................................................................PSČ: ..................................

Místo narození: ..........................................................................................................................

Datum narození: ...................... Rodné číslo: ........................./................ Stát. obč.: .................

Kód zdravotní pojišťovny: ........................................ Mateřský jazyk: ........................................

 Matka: Otec:

Jméno a příjmení: ................................................... ................................................................

Adresa: .................................................................... ................................................................

................................................................................. .................................................................

Telefon: ................................................................... ................................................................

Zaměstnavatel: ....................................................... ................................................................

(adresa, telefon)

................................................................................. .................................................................

................................................................................. .................................................................

Dítě přijato dne: .....................................Dítě odešlo dne: .................................................

Dítě bude vyzvedávat: ........................................................................

.....................................................................................................................................................

1. rozvedených rodičů:

č.rozsudku: .................................................................................... ze dne: .............................

dítě svěřeno do péče:

.....................................................................................................................................................

Umožnění styku druhého rodiče s dítětem v době:

.....................................................................................................................................................

Beru na vědomí svou povinnost předávat dítě vychovatelce do dětské skupiny, hlásit změnu údajů v tomto evidenčním listě a omlouvat nepřítomnost dítěte.

1. ................................. dne: ................ ...............................................................................

 podpisy obou rodičů/zákonných zástupců

**LÉKAŘSKÝ POSUDEK O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE**

Jméno a příjmení dítěte: ........................................................................

Datum narození: …………………………………………………….

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného pobytu:

…………………………………………………………………………………………….

# Část 1)

Posuzované dítě k účasti v zařízení péče o děti – Dětská skupina Adis centrum.:

1. je zdravotně způsobilé
2. není zdravotně způsobilé
3. je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením):

............................................................................................................................... ...............................................................................................................................

# Část 2)

Posuzované dítě

1. je řádně očkováno
2. je proti nákaze imunní (typ/druh)

............................................................................................................................

1. má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh)

.............................................................................................................................

1. má doporučeno od lékaře posunutí očkování z důvodu zdravotních komplikací

……………………………………………………………………………………………

# Část 3)

 Dítě je alergické na

............................................................................................................................................................

.............................................................................................. dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka)

.................................................................................................................................................

 …………………………………… …………………………………… datum vydání posudku podpis a razítko lékaře