**DĚTSKÁ SKUPINA BRODŠTÍ BROUČCI HAVLÍČKŮV BROD**

**Registrační číslo projektu: CZ.03.1.51/0.0/0.0/19\_111/0015450**

**EVIDENČNÍ LIST DÍTĚTE**

**a) Evidenční list dítěte a zákonných zástupců**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení dítěte** |  |
| **Adresa** |  |
| **Datum narození** |  | **Zdravotní pojišťovna** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení matky** |  |
| **Adresa** |  |
| **Datum narození** |  | **Mobil** |  |
| **Email** |  | **Telefon do práce** |  |
| **Zaměstnavatel** 1 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení otce** |  |
| **Adresa** |  |
| **Datum narození** |  | **Mobil** |  |
| **Email** |  | **Telefon do práce** |  |
| **Zaměstnavatel** 1**[[1]](#footnote-1)** |  |

**b) Další osoby, které mohou dítě vyzvedávat** (kromě výše uvedených zákonných zástupců)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Zmocněná osoba č. 1** | **Zmocněná osoba č. 2** | **Zmocněná osoba č. 3** |
| **Jméno a příjmení** |  |  |  |
| **Datum narození** |  |  |  |
| **Vztah k dítěti** |  |  |  |
| **Mobil** |  |  |  |

**c) Údaje o zdravotní způsobilosti** (vyplňuje zákonný zástupce dítěte)

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení dítěte** |  |
| **Zdravotní stav dítěte** |  |
| **Alergie** |  |
| **Léky** |  |
| **Nemoci** |  |
| **Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:** | **zdravotní**  | **tělesné** | **smyslové** |
| **Zvyklosti dítěte** (jídlo, spánek, pleny, …) |  |
| **Jiná závažná sdělení** |  |

**d) Očkování dítěte**

Toto potvrzení vydává pediatr zákonnému zástupci na základě § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, v platném znění, v souvislosti s podáním žádosti k přijetí dítěte do Dětské skupiny. Toto potvrzení je příloha evidenčního listu dítěte.

**e) Režim docházky**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Polodenní** |  | **Celodenní** |  | **Flexibilní** |  |
| **Jiný (specifikujte)** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1 den v týdnu** | PO | ÚT | ST | ČT | PÁ |
| **2 dny v týdnu** | PO | ÚT | ST | ČT | PÁ |
| **3 dny v týdnu** | PO | ÚT | ST | ČT | PÁ |
| **4 dny v týdnu** | PO | ÚT | ST | ČT | PÁ |
| **5 dnů v týdnu** |  |
| **Jiný (specifikujte)** |  |

Péče o dítě v dětské skupině je za částečnou úplatu dle ceníku.

**f) Stravování**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **vlastní** | **dovážený** |
| **Dopolední svačina** |  | **x** |
| **Oběd** |  | **x** |
| **Odpolední svačina** |  | **x** |

Staravu pro dítě dodají rodiče.

**Prohlášení zákonných zástupců k osobním údajům:**

Dáváme svůj souhlas Oblastní charitě Havlíčkův Brod, která je zřizovatelem Dětské skupiny Havlíčkův Brod, aby evidovala osobní údaje a osobní citlivé údaje, včetně rodného čísla našeho dítěte, ve smyslu všech ustanovení zákona č. 110/2019 Sb., o ochraně osobních údajů v platném znění a zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a rodných čísel, v platném znění. Svůj souhlas poskytujeme pro účely vedení povinné dokumentace, vedení nezbytné zdravotní dokumentace, pro jednorázové akce, možné pojištění dětí a pro jiné účely související s běžným chodem Dětské skupiny. Souhlas poskytujeme na celé období docházky dítěte do Dětské skupiny Havlíčkův Brod a na zákonem stanovenou dobu, po kterou se tato dokumentace v Dětské skupině archivuje.

Rovněž souhlasím s pořizováním a zveřejňováním obrazových záznamů, videozáznamů a audiozáznamů mé dcery/mého syna pro účel prezentace Dětské skupiny Havlíčkův Brod a Oblastní charity Havlíčkův Brod.

V Havlíčkově Brodě dne …………………………

Podpisy zákonných zástupců:

Matka ……………………… Otec ………………………………

1. **Postavení podpořené osoby na trhu práce:**

1) zaměstnanec/kyně (doložení pracovně-právního vztahu);

2) OSVČ (potvrzení o evidenci u OSSZ);

3) student/ka či účastník/ice rekvalifikace (potvrzení o studiu či rekvalifikaci);

4) nezaměstnaný/á (potvrzení o vedení v evidenci ÚP) [↑](#footnote-ref-1)