



EVIDENČNÍ LIST DÍTĚTE V DĚTSKÉ SKUPINĚ OSTRŮVEK POZNÁNÍ

Jméno a příjmení:	
Datum narození:	
Rodné číslo:	

Adresa:	
---------	--

Zdravotní pojišťovna:	
-----------------------	--

Mateřský jazyk, stát. obč.:	
-----------------------------	--

ÚDAJE O DOCHÁZCE polodenně – celodenně ve dnech:	
---	--

RODINNÉ ÚDAJE Jméno a datum narození sourozenců:	
---	--

MATKA

Jméno a příjmení:	
Telefon:	
E-mail:	
Zaměstnavatel:	
Adresa pracoviště:	

Adresa a telefonický kontakt v případě náhlého onemocnění:

O TEC

Jméno a příjmení:	
Telefon:	
E-mail:	
Zaměstnavatel:	
Adresa pracoviště:	

POVĚŘENÁ OSOBA K PŘEDÁVÁNÍ A VYZVEDÁVÁNÍ DÍTĚTE *(jiná než jeden z rodičů)*

1	Jméno a příjmení: Telefon: Vztah k dítěti: Číslo OP/ID:
2	Jméno a příjmení: Telefon: Vztah k dítěti: Číslo OP/ID:
3	Jméno a příjmení: Telefon: Vztah k dítěti: Číslo OP/ID:

U ROZVEDENÝCH RODIČŮ

Číslo rozsudku / ze dne	
Dítě svěřeno do péče	
Umožnění styku druhého rodiče s dítětem v době	

V dne

Podpisy obou rodičů: