

Čestné prohlášení rodiče

Jméno příjmení zákonného zástupce dítěte:

Datum narození:

Trvalé bydliště:

IČ:

Potvrzuji tímto, že jsem veden jako osoba samostatně výdělečně činná od dosud.

Jsem přihlášen/a k důchodovému pojištění, hradím pojistné na důchodové pojištění a hradím částky na aktivní politiku zaměstnanosti.

Potvrzuji, že jsem si vědom povinnosti oznamovat a dokládat změny týkající se vazby na trh práce do 10 dnů ode dne vzniku změny.

V Praze, dne

Evidenční list dítěte v Dětské skupině Suchdoláček

| Údaje o dítěti | |
|-----------------------------|--|
| Jméno a příjmení dítěte | |
| Datum narození | |
| Adresa místa pobytu dítěte | |
| Zdravotní pojišťovna dítěte | |

| Údaje o zákonných zástupcích dítěte | |
|---|--|
| Jméno a příjmení matky | |
| Adresa místa pobytu ¹ | |
| Kontaktní telefon | |
| Jméno a příjmení otce | |
| Adresa místa pobytu ¹ | |
| Kontaktní telefon | |
| Údaje o pověřených osobách, které mohou dítě vyzvedávat | |
| Jméno a příjmení pověřené osoby | |
| Kontaktní telefon | |
| Jméno a příjmení pověřené osoby | |
| Kontaktní telefon | |

| Rozsah poskytovaných služeb | |
|------------------------------------|--|
| Dny pobytu v zařízení | |
| Časový rozsah poskytovaných služeb | |

¹ Liší-li se od adresy místa pobytu dítěte.

| Specifické potřeby | |
|--|-------------------------------|
| Alergie | NE ANO, jaké..... |
| Zdravotní omezení | NE ANO, jaké..... |
| Medikace | NE ANO, jaké..... |
| Jiná omezení | NE ANO, jaké..... |
| Zákaz styku se zákonným zástupcem dítěte | NE ANO, jaký..... |

V.....dne.....

.....

zákonný zástupce dítěte

Prohlášení o uplatnění na trhu práce

Jméno:

Datum narození:

Trvalé bydliště:

Prohlašuji, že jsem zaměstnán/a ve společnosti

Název společnosti:

Sídlo:

Zaměstnán/a od:

Výše úvazku:

Datum a podpis:

**SOUHLAS se zpracováním osobních údajů dle
NAŘÍZENÍ EVROPSKÉHO PARLAMENTU A RADY (EU) 2016/679 o ochraně fyzických
osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů**

Já, níže podepsaný/podepsaná zákonný zástupce dítěte:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození dítěte:

uděluji Dětské skupině Suchdoláček souhlas se zpracováním a uchováním mých osobních údajů a osobních údajů dítěte, jehož jsem zákonným zástupcem, v rozsahu údajů, které jsou uvedené v Žádosti o umístění dítěte v Dětské skupině Suchdoláček, Smlouvě o poskytování služeb péče o děti v Dětské skupině Suchdoláček, Evidenčním listu dítěte v Dětské skupině Suchdoláček, Lékařském potvrzení pro Dětskou skupinu Suchdoláček, Prohlášení o zaměstnání/OSVČ a všech souvisejících dodatků.

Dále uděluji souhlas se zveřejněním fotografií a video nahrávek svého dítěte prostřednictvím aplikace Twigsee, která slouží ke zveřejnění fotografií a nahrávek mezi dětskou skupinou a zákonnými zástupci dětí, kteří spolu vzájemně navštěvují Dětskou skupinu Suchdoláček a facebookovou stránku dětské skupiny Suchdoláček.

Osobní údaje mé i dítěte, jehož jsem zákonným zástupcem, budou použity v rozsahu, který je nezbytně nutný k zajištění péče o děti umístěné v Dětské skupině Suchdoláček.

Souhlas poskytnu pouze spolku Dětský Oříšek, z. s., který je provozovatelem Dětské skupiny Suchdoláček, a který bez zákonem stanovených případů nesmí tyto osobní údaje poskytnout dalším osobám a úřadům.

V Praze, dne

.....
podpis

Žádost o umístění dítěte v dětské skupině Suchdoláček (Suchdolská pobočka)

| | |
|---|--|
| Jméno žadatele (zákonný zástupce dítěte): | |
| Vztah žadatele k dítěti: | |
| Dítě Jméno a příjmení: | |
| Datum narození: | |
| Adresa místa pobytu: | |
| Zdravotní pojišťovna: | |
| Zdravotní omezení (dieta, alergie, úrazy, epilepsie, astma, jiné nemoci, užívání léků, speciální potřeby atd.): | |
| Matka Jméno a příjmení: | |
| Mobilní telefon: | |
| Adresa trvalého pobytu : | |
| E-mail: | |
| Otec Jméno příjmení: | |
| Mobilní telefon: | |
| Adresa trvalého pobytu: | |
| E-mail: | |
| Jiná pověřená osoba Jméno a příjmení: | |
| Mobilní telefon: | |
| Adresa místa pobytu: | |
| E-mail: | |
| Rozsah služeb všechny pracovní dny v týdnu/určité dny v týdny (které konkrétně) | |

Datum:

Podpis žadatele:

LÉKAŘSKÝ POSUDEK O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného pobytu:

.....

Část A)

Posuzované dítě k účasti v dětské skupině:

- a) je zdravotně způsobilé
- b) není zdravotně způsobilé
- c) je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením):

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

Část B)

Posuzované dítě

- se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO - NE
- je proti nákaze imunní (typ/druh)
.....
- má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh)
.....
- je alergické na
.....
.....
- dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka)
.....
.....

.....
datum vydání posudku

.....
podpis a razítko lékaře