**Údaje o přihlašovaném dítěti**

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

Adresa bydliště:

Rodné číslo: Číslo zdravotní pojišťovny:

**Údaje o rodičích/osobách, které pečují o dítě ve společné domácnosti**

**Jméno a příjmení matky:**

Datum narození:

Adresa bydliště (pokud není shodné s dítětem):

Telefon: E-mail:

Zaměstnavatel (adresa, telefon):

**Jméno a příjmení otce:**

Datum narození:

Adresa bydliště (pokud není shodné s dítětem):

Telefon: E-mail:

Zaměstnavatel (adresa, telefon):

**Adresa při náhlém onemocnění dítěte:**

**Telefon při náhlém onemocnění dítěte:**

LK zasílá rodičům a zákonným zástupcům pravidelné e-maily a jiné informace, týkající se docházky dítěte a programu, či změn v programu.

Zaškrtněte, na jaký e-mail (více e-mailů) si přejete, aby tato oznámení chodila:

❏ e-mail matky

❏ e-mail otce

❏ jiný e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ patřící \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Forma docházky**

Označte vybranou variantu: ❏ dvoudenní (čt, pá) ❏ třídenní (po, út, st) ❏ pětidenní (po-pá)

**Možnost účasti na akcích LK Vrbínek - plavání - saunování - výlety:** ANO / NE

**SEZNAM OSOB ZMOCNĚNÝCH RODIČI K VYZVEDÁVÁNÍ DĚTÍ Z LK VRBÍNEK:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jméno a příjmení osoby  | telefonní číslo  |  status k dítěti |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Kdo bude dítě vyzvedávat kromě matky a otce, vypište jména, vztah k dítěti a tel. kontakt. Vyzvedávat mohou pouze osoby starší 18 let. Rodiče ráno slovně oznámí průvodci, kdo bude dítě vyzvedávat.

**Zdravotní stav:**

**Dítě je zdravé/má chronické onemocnění (vypište):**

**Dítě není/je vedeno v těchto odborných ambulancích (vypište důvod dispenzarizace-diagnózu):**

Alergologie Neurologie

Dermatologie Oční

Gastroenterologie Ortopedie

Nefrologie

**Trvalé užívané léky:**

**Alergie** (vypište, prosím, všechny potraviny, které z jakéhokoli důvodu netoleruje – vyrážky, otoky, průjmy, zvracení, bolesti břicha, zahlenění…):

**Poznámky, vlastní sdělení, doplnění ke zdravotnímu stavu:**

Tímto prohlašuji, že veškeré výše uvedené údaje jsou pravdivé a své dítě přihlašuji do LK Vrbínek.

Beru na vědomí svou povinnost předávat dítě průvodci, hlásit změny údajů v tomto evidenčním listě a omlouvat nepřítomnost dítěte v LK Vrbínek.

Zavazujeme se, že neprodleně oznámíme průvodkyni LK Vrbínek výskyt přenosné choroby v rodině nebo nejbližším okolí dítěte, onemocnění dítěte přenosnou chorobou nebo onemocnění osoby, s nímž dítě přišlo do styku.

V dne

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Podpis zákonného zástupce