

EVIDENČNÍ LIST DÍTĚTE

(listy A-F)

Jméno dítěte					Příjmení				
Zdravotní pojišťovna			Státní občanství			Mateřský jazyk			
Adresa trvalého pobytu	Ulice				Č. popisné			Rodné č.	
	Město				PSČ			Datum nar.	
Zákonný zástupce/matka	Jméno				Příjmení				
	Adresa trvalého pobytu	Ulice				Č. popisné			
		Město				PSČ			
	Telefon domů					Telefon do práce			
	Email								
	Kontaktní adresa (pokud je odlišná od adresy trvalého pobytu)	Ulice				Č. popisné			
		Město				PSČ			
Zákonný zástupce/otec	Jméno				Příjmení				
	Adresa trvalého pobytu	Ulice				Č. popisné			
		Město				PSČ			
	Telefon domů					Telefon do práce			
	Email								
	Kontaktní adresa (pokud je odlišná od adresy trvalého pobytu)	Ulice				Č. popisné			
		Město				PSČ			

A

Další osoba pověřená k vyzvedávání dítěte z dětské skupiny (musí se shodovat s osobou uvedenou ve formuláři <i>Pověření k vyzvedávání dítěte z dětské skupiny</i>)	Jméno				Příjmení		
	Adresa trvalého pobytu	Ulice				Č. popisné	
		Město				PSČ	
	Telefon domů				Telefon do práce		
	Email						
	Kontaktní adresa (pokud je odlišná od adresy trvalého pobytu)	Ulice				Č. popisné	
		Město				PSČ	

Další osoba pověřená k vyzvedávání dítěte z dětské skupiny (musí se shodovat s osobou uvedenou ve formuláři <i>Pověření k vyzvedávání dítěte z dětské skupiny</i>)	Jméno				Příjmení		
	Adresa trvalého pobytu	Ulice				Č. popisné	
		Město				PSČ	
	Telefon domů				Telefon do práce		
	Email						
	Kontaktní adresa (pokud je odlišná od adresy trvalého pobytu)	Ulice				Č. popisné	
		Město				PSČ	

B

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE, v jehož péči je posuzované dítě ¹⁾		
Jméno a příjmení dítěte		
Rodné číslo dítěte		
Adresa bydliště		
☐ ²⁾ Dítě je zdravé		
☐ Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti	☐ zdravotní	upřesněte:
	☐ tělesné	upřesněte:
	☐ smyslové	upřesněte:
	☐ jiné	upřesněte:
Jde o integraci postiženého dítěte	☐ Ano – upřesněte:..... ☐ Ne	
Odchylky v psychomotoric kém vývoji	☐ Ano – upřesněte:..... ☐ Ne	
Pravidelná medikace	☐ Ano – upřesněte:..... ☐ Ne	
Chronická onemocnění	☐ Ano – upřesněte:..... ☐ Ne	

Alergie	☐ Ano – upřesněte:..... ☐ Ne
Dítě je řádně očkováno	☐ Ano ☐ Ne – upřesněte.....
Možnost účasti na akcích dětské skupiny (plavání, saunování, pobytové akce)	☐ Ano ☐ Ano, s omezením – upřesněte:..... ☐ Ne – upřesněte:.....
Jiná závažná sdělení o dítěti	
V: _____ dne: _____ _____ razítko a podpis lékaře	

D

¹⁾ Před zahájením docházky požadujeme potvrzení od lékaře o zdravotním stavu včetně potvrzení o očkování.

²⁾ Hodící se označte křížkem.

Rozsah služeb				
☐ dlouhodobé umístění dítěte	☐ všechny pracovní dny v týdnu	☐ pondělí	☐ celý den	☐ část dne Od:.....do:.....
		☐ úterý	☐ celý den	☐ část dne Od:.....do:.....
		☐ středa	☐ celý den	☐ část dne Od:.....do:.....
		☐ čtvrtek	☐ celý den	☐ část dne Od:.....do:.....
		☐ pátek	☐ celý den	☐ část dne Od:.....do:.....
	☐ určité dny v týdnu	☐ pondělí	☐ celý den	☐ část dne Od:.....do:.....
		☐ úterý	☐ celý den	☐ část dne Od:.....do:.....
		☐ středa	☐ celý den	☐ část dne Od:.....do:.....
		☐ čtvrtek	☐ celý den	☐ část dne Od:.....do:.....
		☐ pátek	☐ celý den	☐ část dne Od:.....do:.....
	☐ termín nástupu:.....			
	☐ příležitostné umístění dítěte			

E

Školní rok	Dětská skupina	Název	Dítě přijato	Dítě odešlo

Prohlašuji, že jsem byl/a jsem seznámen/a s Provozním řádem, Plánem výchovy a Ceníkem služeb Dětské skupiny NUDZ - Neuronek. V případě jakékoliv změny v těchto dokumentech budu o těchto změnách včas informován/a.

Bereme na vědomí svou povinnost předávat dítě pečující osobě do třídy osobně a omlouvat včas nepřítomnost dítěte v Dětské skupině NUDZ - Neuronek. Zavazujeme se, že neprodleně oznámíme pečujícím osobám a koordinátorovi Dětské skupiny NUDZ - Neuronek výskyt přenosné choroby v rodině nebo nejbližším okolí dítěte, onemocnění dítěte přenosnou či infekční chorobou nebo onemocnění osoby, s níž dítě přišlo do styku. Zároveň souhlasíme s povinností hlásit bezodkladně písemnou formou změny údajů uvedených v tomto Evidenčním listě.

Dále bereme na vědomí, že informace o našem dítěti jsou pečlivě evidovány, archivovány a využívány pouze pro vnitřní potřeby administrativního a provozního zajištění fungování Dětské skupiny NUDZ Neuronek a zároveň projektu Operačního programu Zaměstnanost (OPZ), z něhož je provoz DS NUDZ finančně podpořen. K evidování údajů o dětech ze strany zřizovatele dochází výhradně ze strany pověřených a odpovědných pracovníků NUDZ (koordinátor a pečující osoby DS). Veškeré poskytnuté a evidované údaje jsou chráněny v souladu s ustanoveními zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů a o změně některých zákonů, v platném znění a zároveň dle nařízení Evropského parlamentu a rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016. Správcem osobních údajů je NUDZ, bližší informace o zpracování osobních údajů jsou dostupné na webových stránkách NUDZ www.nudz.cz.

Souhlasíme s tím, že tyto údaje poskytujeme výhradně pro účely a v rozsahu vedení povinné dokumentace Dětské skupiny NUDZ – Neuronek, a to podle zákona o dětské skupině č. 247/2014 Sb. a jeho novely ze dne 4. 6. 2015 Zák. 127/2015 Sb. v platném znění, dále dle nařízení Evropského parlamentu a rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 a podle pravidel formulovaných poskytovatelem finančně podpořeného projektu OPZ. V kontextu s projektem OPZ jsou evidovány, ukládány a dále zpracovávány podrobné údaje o docházce dítěte do DS NUDZ, která je zaznamenávána v elektronickém docházkovém systému, a zároveň jsou zpracovávány osobní údaje zákonných zástupců dětí umístěných v zařízení péče o děti jakožto podpořených osob projektu. Souhlas poskytujeme na celé období docházky našeho dítěte do Dětské skupiny NUDZ – Neuronek (tj. po dobu platnosti smlouvy o zajištění péče v tomto zařízení péče o děti) a na zákonem stanovenou dobu, po kterou se tato dokumentace v Dětské skupině NUDZ - Neuronek povinně archivuje v souladu s výše uvedenými zákony, jejich novelami a dalšími nařízeními včetně pravidel OPZ.

Na základě tohoto Evidenčního listu bude mezi zřizovatelem DS NUDZ a zákonným zástupcem podepsána *Smlouva o poskytování služby péče o dítě v Dětské skupině NUDZ - Neuronek*.

V.....

dne:.....

podpis zákonného zástupce/zákonných zástupců

F



Spolufinancováno
Evropskou unií



*EVIDENČNÍ LIST DÍTĚTE - Dětská skupina NUDZ - Neuronek,
Národní ústav duševního zdraví, Topolová 748, 250 67 Klecany*

G