

SOUKROMÁ MATEŘSKÁ ŠKOLKA ANDĚLSKÁ

KARTA DÍTĚTE

Celé jméno a příjmení dítěte:

Datum narození a rodné číslo:

Adresa domů:

Pohotovostní kontakt – osoba a telefon:

1.-----

2. -----

Informace o matce:

Informace o otci:

Celé jméno a příjmení:

Celé jméno a příjmení:

Nar.:

Nar.:

Mobil. tel.:

Mobil. tel.:

Kontaktní e-mail:

Kontaktní e-mail:

Osoba, která bude dítě vyzvedávat (v případě, pokud se liší od rodiče) jméno, vztah k dítěti a telefon:

ZDRAVOTNÍ A OSOBNÍ DOTAZNÍK DÍTĚTE

Jméno a příjmení lékaře:

Telefon lékaře:

SOUKROMÁ MATEŘSKÁ ŠKOLKA ANDĚLSKÁ

Pojišťovna – číslo pojištěnce:

Má Vaše dítě nějaká dietní doporučení/požadavky? Prosím specifikujte:

Prosím, vypište alergie, které dítě má (včetně citlivosti na jídlo, zvířata a léky):

Prosím, vypište vážné nemoci, kterými Vaše dítě prošlo (např. astma, cukrovka, epilepsie, operace):

Tato informace je pro nás velmi důležitá zejména s ohledem na to, abychom dítě v rámci predispozice sledovali a byli s ohledem na naše možnosti schopni včas odhalit zdravotní indispozici Vašeho dítěte.

Je Vaše dítě v současné době léčeno? Je-li, prosím, specifikujte léčbu a léky: **ano** **ne**

Prosím, vypište jakékoliv informace o Vašem dítěti, které by dle Vás mohly pomoci v případě pohotovostní situace:

Nosí Vaše dítě brýle: **ano** **ne**

Hraje si Vaše dítě rádo s ostatními dětmi?

Jaké jsou jeho stravovací (oblíbené jídlo) a spací zvyky?

Navštěvovalo již Vaše dítě nějaké předškolní zařízení? **ano** **ne**

Má Vaše dítě nějaké speciální potřeby?

Má Vaše dítě nějakou oblíbenou hračku? Jakou?

SOUKROMÁ MATEŘSKÁ ŠKOLKA ANDĚLSKÁ

ZÁVAZNÉ POTVRZENÍ

Je mi známo, že pracovníci Mateřská školka Andělská, z.ú. udělají vše potřebné pro zajištění bezpečí a ochrany mého dítěte, v případě nutnosti zajistí okamžitou lékařskou pomoc.

V případě, že by se mé dítě zranilo/mělo projevy onemocnění během docházky do školky a já nebudu k zastížení na telefonu a ani pohotovostní kontaktní osoba nebude k zastížení, dávám souhlas odvézt dítě (posoudí-li pracovníci školky takový postup jako vhodný) na dětské pohotovostní oddělení.

ano ne

Beru na vědomí, že v případě podezření na nebezpečí ohrožení života a zdraví dítěte v případě prodlení, bude s dítětem vyhledáno lékařské ošetření bez předchozího souhlasu zákonného zástupce a zákonný zástupce/pohotovostní kontaktní osoba bude bezodkladně vyrozuměn.

Jméno a příjmení rodiče/zákonného zástupce (hůlkovým písmem):

V _____, dne _____

vlastnoruční podpis

Rodič Dítěte bere na vědomí, že Provozovatel jako správce osobních údajů zpracovává jím poskytnuté osobní údaje obsažené v přihlášce a této smlouvě nebo se kterými přijde do styku v souvislosti s plněním povinností podle smlouvy, v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) (dále jen „GDPR“) a dále v s platnými a účinnými právními předpisy, a to zejména za účelem plnění předmětu této Smlouvy, tj. zajištění poskytování předškolního vzdělávání, k uplatnění práv školy vyplývajících ze smlouvy a plnění právních povinností, a to zejména plynoucích ze školského zákona.