ŽIADOSŤ O PRIJATIE DIEŤAŤA DO ZARIADENIA STAROSTLIVOSTI O DETI DO TROCH ROKOV VEKU DIEŤAŤA
MESTO GABČÍKOVO, HLAVNÁ 1039/21, 930 05 GABČÍKOVO

A. Údaje o dieťati, ktorému má byť poskytovaná starostlivosť v zariadení starostlivosti o deti do 3 r. veku dieťaťa:

Meno a priezvisko dieťaťa:	
Dátum narodenia	
Rodné číslo	
Miesto narodenia	
Štátna príslušnosť	
Národnosť	
Adresa bydliska	
Dátum nástupu dieťaťa do zariadenia	
Dokedy bude dieťa navštevovať zariadenie –dátum ukončenia starostlivosti v zariadení	

B. Údaje o zákonných zástupcov (rodičoch) dieťaťa :

MATKA	Meno a priezvisko, titul	
	Adresa bydliska	
	Dátum narodenia	
	Číslo občianskeho preukazu	
	Zamestnávateľ: - názov - adresa pracoviska	
	Telefón na pracovisko Mobilný telefón	

OTEC	Meno a priezvisko, titul	
	Adresa bydliska	
	Dátum narodenia	
	Číslo občianskeho preukazu	
	Zamestnávateľ: - názov - adresa pracoviska	
	Telefón na pracovisko Mobilný telefón	

<u>Vyhlásenie zákonného zástupcu dieťaťa</u>

V zmysle zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov udeľujem súhlas so spracovaním osobných údajov uvedených v tejto žiadosti. Súhlas so spracovaním osobných údajov sa poskytuje na dobu neurčitú a môže byť kedykoľvek odvolaný prostredníctvom písomného odvolania.

V Gabčíkove dňa _____

Podpis zákonných zástupcov dieťaťa :

_____ _____

matka *otec*

Potvrdenie všeobecného lekára pre deti a dorast o zdravotnom stave dieťaťa

Potvrdenie lekára o zdravotnom stave dieťaťa vrátane údajov o očkovaní, príp. neočkovaní podľa § 24 ods.7 zákona č. 355/2007 Z.z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Vyjadrenie lekára:

Očkované: áno / nie

*(nehodiace prečiarknite)

Alergie:

Dátum: ..... Pečiatka a podpis lekára: : .....