



MESTO LEOPOLDOV

Mestský úrad Leopoldov, Hlohovská cesta 1818/2A, 920 41 Leopoldov

Referát školstva a sociálnych služieb

Kontakt: +421/902 712 139

EVIDENČNÝ LIST DIEŤAŤA
umiestneného v Zariadení starostlivosti o dieťa do 3 rokov veku dieťaťa
Gucmanova 679/1, 920 41 Leopoldov
(Detské jasle)

Meno a priezvisko dieťaťa			
Dátum narodenia		Rodné číslo	
Miesto narodenia			
Adresa trvalého bydliska			
Adresa prechodného bydliska			
Dátum nástupu dieťaťa do zariadenia			
Dátum ukončenia starostlivosti		Dôvod ukončenia	

Údaje o rodičoch dieťaťa

MATKA			
Titul, meno a priezvisko			
Adresa trvalého bydliska			
Adresa prechodného bydliska			
Dátum narodenia		Rodné číslo	
Číslo občianskeho preukazu		Štátne občianstvo	
Názov a adresa zamestnávateľa			
Telefonický kontakt			
E-mailová adresa			

OTEC			
Titul, meno a priezvisko			
Adresa trvalého bydliska			
Adresa prechodného bydliska			
Dátum narodenia		Rodné číslo	
Číslo občianskeho preukazu		Štátne občianstvo	
Názov a adresa zamestnávateľa			
Telefonický kontakt			
E-mailová adresa			

Zaväzujem sa dodržiavať prevádzkový poriadok zariadenia starostlivosti o dieťa do 3 rokov veku dieťaťa. Opakované porušenie prevádzkového poriadku môže mať za následok vylúčenie dieťaťa zo zariadenia starostlivosti o dieťa do 3 rokov veku dieťaťa. Beriem na vedomie, že ak sa dieťa bude do zariadenia starostlivosti o dieťa do 3 rokov veku dieťaťa vracat' po predchádzajúcej neprítomnosti z dôvodu choroby som povinný/-á predložiť potvrdenie o zdravotnom stave dieťaťa. Zaväzujem sa, že ak sa v rodine alebo v jej okolí vyskytne infekčná choroba, oznámim túto skutočnosť vedeniu zariadenia starostlivosti o dieťa do 3 rokov veku dieťaťa..

Leopoldov dňa

.....
Podpisy rodičov/zákonných zástupcov

**Príloha č. 2 Žiadosti o poskytovanie sociálnej služby
v zariadení starostlivosti o dieťa do 3 rokov veku dieťaťa**

**Potvrdenie o zdravotnom stave dieťaťa
pred prijatím do zariadenia starostlivosti o dieťa do 3 rokov veku dieťaťa**

Meno a priezvisko dieťaťa				
Dátum narodenia		Rodné číslo		
Miesto narodenia				
Adresa trvalého bydliska				
Adresa prechodného bydliska				
Zdravotná poisťovňa				
Dieťa navštevuje odbornú ambulanciu	ÁNO	NIE	Ak áno, uved'te akú	
Iné zdravotné diagnózy dieťaťa				
Dieťa má alergie	ÁNO	NIE	Ak áno, uved'te aké	
Potvrdzujem, že zdravotný stav dieťaťa je				
Dieťa je spôsobilé navštevovať zariadenie starostlivosti o deti do 3 rokov veku dieťaťa				
Áno ☐ Nie ☐				
Dôvody proti prijatiu dieťaťa do zariadenia starostlivosti o dieťa do 3 rokov veku dieťaťa:				
Absolvované očkovania				
TBC		ovčie kiahne		
záškrt, tetanus, čierny kašeľ		detská obrna		
iné:				
Dieťa prekonalo choroby:				
Potvrdenie o bezinfekčnosti dieťaťa a rodinného prostredia:				
..... Miesto a dátum Pečiatka a podpis detského lekára				

- *potvrdenie o zdravotnom stave nesmie byť staršie ako päť dní**
- *k vyplnenému tlačivu priložiť prefotený preukaz poistenca dieťaťa**

Leopoldov 31. 08. 2023