



## 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)**

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

*Údaje o rodičoch dieťaťa*

<b>MATKA</b>			
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			

<b>OTEC</b>			
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, uveďte akú
Iné zdravotné diagnózy dieťaťa			
Dieťa má alergie	ÁNO	NIE	Ak áno, uveďte aké
Potvrdzujem, že zdravotný stav dieťaťa je			
Dieťa je spôsobilé navštevovať zariadenie starostlivosti o deti do 3 rokov veku dieťaťa			
Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>			
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 prekonal 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**