**Evidenčný list dieťaťa v zariadení starostlivosti o deti do troch rokov veku dieťaťa**

**Úhrada rodičov: ............................................. prijaté dňa: .............................................**

**Číslo účtu IBAN: ............................................................................ prepustené dňa: ......................................**

**variabilný symbol: .................................**

**DIEŤA:**

Priezvisko: Meno:

Dátum narodenia:

Trvalý pobyt (ulica, mesto, PSČ):

**MATKA:**

Priezvisko: Meno:

Dátum narodenia: Rodinný stav: Štátne občianstvo:

Elektronická adresa: Telefónne číslo:

Povolanie:

Zamestnávateľ (názov, adresa, telef. kontakt):

Pracovný čas, od: do:

voľné dni: Potvrdenie zamestnávateľa:

(pečiatka, podpis)

**OTEC:**

Priezvisko: Meno:

Dátum narodenia: Rodinný stav: Štátne občianstvo:

Elektronická adresa: Telefónne číslo:

Povolanie:

Zamestnávateľ (názov, adresa, telef. kontakt) :

Pracovný čas, od: do:

voľné dni:

Potvrdenie zamestnávateľa:

(pečiatka, podpis)

Zaväzujeme sa dodržiavať domáci poriadok zariadenia starostlivosti o deti do troch rokov veku dieťaťa. Sme si vedomí, že jeho opakované porušenie môže mať za následok aj vylúčenie dieťaťa. Berieme na vedomie, že je nutné predložiť nové potvrdenie o zdravotnom stave dieťaťa, ak opätovne nastúpi do zariadenia po predchádzajúcej neprítomnosti - po ochorení alebo inej neúčasti. Zaväzujeme sa bezodkladne informovať zariadenie, ak sa v rodine alebo v okolí vyskytne infekčná choroba. Predložíme všetky potvrdenia o očkovaní dieťaťa.

Zaväzujeme sa uhrádzať poplatok za pobyt dieťaťa v zariadení 320/370 € mesačne s tým, že platbu je nutné uhradiť najneskôr do pätnásteho dňa kalendárneho mesiaca, v ktorom sa služby budú poskytovať. Ďalej sa zaväzujeme uhrádzať poplatok za stravovanie dve eurá na deň s tým, že platbu je potrebné uhradiť najneskôr do pätnásteho dňa kalendárneho mesiaca bezprostredne nasledujúceho po kalendárnom mesiaci, za ktorý patrí.

Dátum: ....................................................

.......................................................................................................

podpis rodičov alebo osôb, ktoré majú dieťa v priamej opatere 1)

1) Ak dieťa nemá rodičov alebo nežije u nich, vyplnia odsek „matka, otec“ osoby, ktoré majú dieťa v priamej opatere a uvedú svoje dáta s poznámkou o  vzťahu k dieťaťu, napr.: stará matka atď.

Ak dieťa má rodičov, ktorí nie sú zbavení rodičovských práv, je potrebné, aby evidenčný list podpísal okrem osôb, ktoré majú dieťa v priamej opatere aj jeden z rodičov.

**POTVRDENIE O ZDRAVOTNOM STAVE DIEŤAŤA pred prijatím do zariadenia starostlivosti o deti do troch rokov veku dieťaťa:**

**(toto potvrdenie nesmie byť staršie ako 3 dni)**

Potvrdzujem, že zdravotný stav dieťaťa je ......................................................., nie sú námietky proti jeho prijatiu do zariadenia starostlivosti o deti do troch rokov veku dieťaťa.

Proti prijatiu do detského kolektívu sú tieto námietky :

1. Dieťa je očkované a preočkované proti :1)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| tuberkulóze | kiahňam | záškrtu + tetanu +  + čiernemu kašľu | detskej obrne | iné (uviesť aké) |
| Dňa : | Dňa : | I. Dňa : | I. Dňa : | Dňa : |
| Výsledok : | Výsledok : | II. Dňa : | II. Dňa : | Dňa : |
|  |  | III. Dňa : |  |  |
|  |  | IV. Dňa : |  |  |
| Dieťa dostalo inj. séra proti : dňa : druh :  Dieťa dostalo D vitamín jednorázovo dňa : v kvapkách dňa : | | | | |

2. Dieťa prekonalo tieto infekčné choroby (dátum ochorenia): 1)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tbc | čierny  kašeľ | záškrt | ovčie  kiahne | osýpky | príušnice | šarlach | epid. zápal  pečene | detská  obrna | iné |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

3. Potvrdenie o epidemiologickej situácií v rodine a okolí dieťaťa :

|  |
| --- |
| Potvrdzujem, že v rodine dieťaťa ani v okolí jeho bydliska sa nevyskytujú infekčné choroby. |
| V okolí dieťaťa je táto infekčná choroba : |
| V rodine dieťaťa je táto infekčná choroba : |
| Dátum: .........................................................  ...................................................................................  pečiatka a podpis odborného lekára - pediatra |

1)  Očkovanie a nákazlivé choroby prekonané pred vstupom dieťaťa do zariadenia starostlivosti o deti do troch rokov veku dieťaťa vyplňuje lekár.

Podmienky ochrany osobných údajov a informácie pre dotknuté osoby má prevádzkovateľ Mestská časť Bratislava-Nové Mesto zverejnené tu: <https://www.banm.sk/ochrana-osobnych-udajov/>

Kontakt na zodpovednú osobu: [zodpovednaosoba@banm.sk](blocked::mailto:zodpovednaosoba@banm.sk)