



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost



## PŘIHLÁŠKA – EVIDENČNÍ LIST DÍTĚTE – DS DOMUSÁČEK

### Dítě:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa trvalého pobytu:

Adresa faktického pobytu (liší-li se od adresy trvalého bydliště):

Zdravotní pojištění – číslo ZP a její název:

Zdravotní průkaz:

ANO

NE

Státní příslušnost:

Zdravotní stav dítěte (popište všechny důležité skutečnosti v rámci zdravotní péče o dítě – alergie, medikace a související skutečnosti významné pro přijetí dítěte do dětské skupiny – zdravotní omezení, průkaz ZTP/TP apod.):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Poznámky (pokud nám chcete sdělit cokoli důležitého v péči o dítě – co má rádo, co nemá rádo, jak usíná, s čím si rádo hraje – zde máte prostor):

---

---

---

---

---

---

---

---

Podpisy zákonných zástupců:



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost



## ZÁKONNÍ ZÁSTUPCI NEZLETILÉHO DÍTĚTE:

### **Matka:**

Jméno a příjmení:

Adresa trvalého pobytu:

Adresa faktického pobytu (liší-li se od adresy trvalého bydliště):

Telefonní kontakt:

E-mailový kontakt:

### **Otec:**

Jméno a příjmení:

Adresa trvalého pobytu:

Adresa faktického pobytu (liší-li se od adresy trvalého bydliště):

Telefonní kontakt:

E-mailový kontakt:

## Údaje o programu:

Celodenní program

časové rozmezí: od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

Krátkodobý program:

Dopolední  časové rozmezí: od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

Odpolední  časové rozmezí: od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

Dny v týdnu:

Pondělí

Úterý

Středa

Čtvrtek

Pátek

Hodinové hlídání:

časové rozmezí: od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

## Údaje o úhradě nákladů:

Služba péče o dítě v rozsahu vybraného programu je zpoplatněna touto výší úhrady



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost



**Pověřená osoba k předávání a vyzvedávání dítěte:**

Jméno a příjmení:

Rodné číslo/OP:

Adresa trvalého pobytu:

Adresa faktického pobytu (liší-li se od adresy trvalého bydliště):

Telefonní kontakt:

E-mailový kontakt:

Vztah k dítěti:

**U rodičů**, u nichž jsou péče dítěte a styk s ním upraveny rozhodnutím soudu (vyplňte v případě, že je relevantní):

Číslo rozsudku:

Ze dne:

Nabytí právní moci ze dne:

Dítě svěřeno do péče:

Umožnění styku druhého rodiče s dítětem v době:

---

---

Podpisy zákonných zástupců:



## Čestné prohlášení

V souladu s platnou právní úpravou, aktuálně zejména dle zákona č. 109/2019 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, v platném znění a Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679, obecné nařízení o ochraně osobních údajů tímto prohlašuji, že:

- Výslovně souhlasím s uchováním, shromažďováním a zpracováním mých osobních údajů a osobních údajů dítěte v rozsahu základních identifikačních údajů (jméno, příjmení, rodné příjmení, datum a místo narození, rodné číslo, čísla identifikačních dokladů), kontaktních údajů (telefonní čísla, e-mailové adresy, poštovní adresy), případných popisných údajů (věk, pohlaví, státní příslušnost, národnost, fotografie) a případně dalších údajů.
- Dávám Domus – Centrum pro rodinu, z.s. souhlas k poskytnutí těchto údajů subjektům, na nichž je DS DOMUSÁČEK účastna, popř., s nimiž spolupracuje v souvislosti s plněním jejich úkolů jako dětská skupina.
- Souhlas pro předávání a následné další zpracování osobních údajů dítěte i zákonných zástupců je poskytován na základě oprávněného zájmu organizaci DOMUS – Centrum pro rodinu, z.s. jako správce v rozsahu nezbytném pro účely její činnosti.
- Organizace Domus – Centrum pro rodinu, z.s. není oprávněna takto získané údaje poskytnout jiným osobám než zákonem výslovně pověřeným, popř. výše specifikovaným a je povinna zabezpečit, aby ve vztahu k údajům byly jako DS Domusáček stejně zavázány i osoby, jimž budou údaje poskytnuty.

Příloha: Potvrzení o zdravotní způsobilosti dítěte

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

Podpisy zákonných zástupců: