



OBEC VÍTAZ
Obecný úrad

Závazná prihláška dieťaťa do zariadenia starostlivosti o dieťa do troch rokov veku - Detské jasle v obci Vítaz

Žiadateľ – zákonný zástupca/matka

Meno a priezvisko/titul:

Trvalý pobyt :

Dátum narodenia: Rodné číslo :

Email: Mobil:

MD*/RD* (predpokladaný nástup do zamestnania)

Žiadateľ – zákonný zástupca/otec

Meno a priezvisko/titul:

Trvalý pobyt :

Dátum narodenia: Rodné číslo :

Email: Mobil:

MD*/RD* (predpokladaný nástup do zamestnania)

Údaje o dieťati

Meno a priezvisko :

Dátum narodenia: Rodné číslo :

Trvalý pobyt :

Termín nástupu a zariadenie starostlivosti o deti do troch rokov veku dieťaťa, do ktorého má byť dieťa umiestnené:

V dňa:

.....
podpis zákonného zástupcu



OBEC VÍTAZ

Obecný úrad

Spracovanie osobných údajov žiadateľa (dotknutá osoba). Spracovanie poskytnutých osobných údajov na účely zaevidovania a vybavenia Vašej žiadosti je v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EU) 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, na základe právneho základu, ktorým je zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov. Údaje budú uchovávané po dobu, ktorú stanovuje zákon o archívoch a registratúrach a po uplynutí príslušných lehôt budú zlikvidované. Dotknutá osoba má právo od prevádzkovateľa požadovať prístup k jej osobným údajom, má právo na ich opravu, právo namietat' proti spracúvaniu, ak spracúvanie osobných údajov je nezákonné na základe rozhodnutia úradu na ochranu osobných údajov alebo iného orgánu príslušného na rozhodnutie o nezákonnom spracúvaní ako aj právo podať sťažnosť dozornému orgánu.

Vysvetlivky:

*MD – materská dovolenka

*RD – rodičovský príspevok



OBEC VÍTAZ
Obecný úrad

Lekárske potvrdenie o zdravotnom stave dieťaťa
pre Detské jasle v obci Vítaz 641, 082 38

1. Meno a priezvisko dieťaťa:
2. Adresa bydliska:
3. Dátum narodenia: 4. Rodné číslo:
5. Meno a priezvisko lekára:
6. Telefonický kontakt na lekára: Adresa lekára:
7. Má/malo dieťa niektoré z nasledujúcich zdravotných problémov?
- | | | | | | |
|-------------------|-----|-----|--------------|-----|-----|
| Alergie | áno | nie | Astma | áno | nie |
| Diabetes mellitus | áno | nie | Hepatitída | áno | nie |
| Hernia | áno | nie | Osýpky | áno | nie |
| Ovčie kiahne | áno | nie | Mumps | áno | nie |
| Zápal pľúc | áno | nie | Rubeola | áno | nie |
| Epilepsia | áno | nie | Kľče / iné / | áno | nie |
- Iné ochorenia.....
8. Povinné očkovania.....
9. Užíva dieťa pravidelne lieky? áno nie
Aké?.....
10. Je dieťa alergické na lieky? áno nie
Pokiaľ áno, uveďte na ktoré a čím môžu byť nahradené:
.....
.....
11. Je dieťa zdravotne spôsobilé navštevovať detské jasle? áno nie
Posúdil(a) som horeuvedenú informáciu o zdravotnom stave a vyšetřil(a) som dieťa a potvrdzujem, že zdravotný stav dieťaťa je na pobyt do detských jaslí.

Miesto a dátum: Pečiatka a podpis lekára:

Adresa: Vítaz 111, 082 38
ICO: 00327981
DIC: 2020548233

Tel.: 051/7 911 306
Fax: 051/7 493 580
E-mail: obecvitaz@obecvitaz.sk