

EVIDENČNÍ LIST DÍTĚTE

DÍTĚ	
Jméno a příjmení	
Datum narození	
Rodné číslo	
Zdravotní pojišťovna	
Zdravotní omezení	
Adresa trvalého bydliště	

	MATKA	OTEC
Jméno a příjmení		
E-mailová adresa		
Telefonní číslo		
Adresa trvalého bydliště		

POVĚŘENÍ K VYZVEDÁVÁNÍ DÍTĚTE Z DS

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE:

trvale bytem:

JMÉNO A PŘÍJMENÍ DÍTĚTE

datum narození:

trvale bytem:

Zákonný zástupce tímto pověřuje uvedené osoby k převzetí dítěte z dětské skupiny.

Ostatní osoby pověřené převzít dítě:	
Jméno a příjmení:	
Datum a místo narození:	
Trvalé bydliště:	
Telefonní číslo:	
Jméno a příjmení:	
Datum a místo narození:	
Trvalé bydliště:	
Telefonní číslo:	
Jméno a příjmení:	
Datum a místo narození	
Trvalé bydliště	
Telefonní číslo	
Jméno a příjmení:	
Datum a místo narození	
Trvalé bydliště	
Telefonní číslo	

Pověření má platnost po celou dobu docházky do dětské skupiny a zákonný zástupce má kdykoliv možnost ho změnit nebo odvolat.

V _____ dne _____

Podpis zákonného zástupce