



Prevádzkovateľ: Best Friends nursery, o.z., IČO: 51937565, Okulka 7/1, 093 01
Vranov nad Topľou

Príloha č.1 k Zmluve o SS

Zariadenie starostlivosti o deti do troch rokov veku dieťaťa
Little Best friends nursery

Podhrunská 2783/21A, 093 02 Vranov nad Topľou Telefón: +421 905 515 775 ,
E-mail: littlebestfriendsnursery@azet.sk

ŽIADOSŤ o poskytovanie sociálnej služby

PRIHLÁŠKA DIEŤAŤA

Meno a priezvisko dieťaťa:

Dátum narodenia:

Bydlisko:

Zdravotná poisťovňa:

Detský lekár:

Kontakt na detského lekára:

Dôležité informácie o dieťati (zdravotné znevýhodnenie, iný stravovací režim, alergie a pod)

.....

Meno a priezvisko matky:

Bydlisko:

Telefónne číslo:

Zamestnávateľ:

Telefónne číslo do práce:

E-mail:

Meno a priezvisko otca:

Bydlisko:

Telefónne číslo:

Telefónne číslo do práce:

Zamestnávateľ:

E-mail:

Požadovaný dátum nástupu dieťaťa do jasí:



Prevádzkovateľ: Best Friends nursery, o.z., IČO: 51937565, Okulka 7/1, 093 01
Vranov nad Topľou

Príloha č.1 k Zmluve o SS

Meno a priezvisko iných osôb oprávnených vyzdvihnúť dieťa, vzťah k dieťaťu (napr. stará mama, teta):

1.
2.
3.

Poplatky za opatrovanie dieťaťa budeme uhrádzať z nasledovného čísla účtu:

Meno a priezvisko platiteľa (majiteľa účtu):

.....

Číslo účtu:

Neoddeliteľnou súčasťou Prihlášky dieťaťa do Zariadenia starostlivosti o deti do troch rokov veku - LBFN je aj:

- Vyjadrenie – POTVRDENIE všeobecného lekára pre deti a dorast/pediatra o zdravotnom stave dieťaťa – str.3

Vyhlasujem, že údaje uvedené v tejto prihláške sú pravdivé a že som nezamlčal/a žiadne závažné skutočnosti, ktoré by mohli ovplyvniť prijatie resp. dochádzku môjho dieťaťa do LBFN.

Vo Vranove n./T., dňa

Meno a priezvisko zákonného zástupcu:

Podpis:

Vyplní Zariadenie starostlivosti o deti do troch rokov veku dieťaťa:

Žiadosť prijatá dňa:

Zapísala:



Prevádzkovateľ: Best Friends nursery, o.z., IČO: 51937565, Okulka 7/1, 093 01
Vranov nad Topľou

Príloha č.1 k Zmluve o SS

Zariadenie starostlivosti o deti do troch rokov veku dieťaťa
Little Best friends nursery

Podhrunská 2783, 093 01 Vranov nad Topľou Telefón: +421 905 515 775 ,
E-mail: littlebestfriendsnursery@azet.sk

POTVRDENIE
všeobecného lekára pre deti a dorast o zdravotnom stave dieťaťa

Potvrdzujem, že (meno a priezvisko dieťaťa):

Dátum narodenia :

Označiť križikom:

- dieťa **nie je spôsobilé** navštevovať Zariadenie starostlivosti o deti do troch rokov veku
- dieťa **je spôsobilé** navštevovať Zariadenie starostlivosti o deti do troch rokov veku – je zmyslovo, telesne duševne zdravé, nevyžaduje špecifickú zdravotnú a výchovno-vzdelávaciu starostlivosť a je schopné plniť požiadavky v súlade s psychohygienickými zásadami dieťaťa primerane jeho veku
- dieťa **je spôsobilé** navštevovať Zariadenie starostlivosti o deti do troch rokov veku dieťaťa **s obmedzeniami** (uviesť ktoré)

.....
.....

Povinné očkovania:

Absolvovalo dieťa všetky povinné očkovanie?

- Áno Nie Niektoré – nemá nasledovné:

.....

Ďalšie poznámky pediatra:

Alergie, zdravotné znevýhodnenie alebo postihnutie (druh, stupeň postihnutia), iné závažné problémy a skutočnosti, ktoré by mohli mať vplyv na priebeh starostlivosti o dieťa v zariadení

.....
.....

Meno a priezvisko pediatra:

Telefonický kontakt pediatra:

V.....

Dňa

Pečiatka a podpis pediatra