



MESTO BANSKÁ BYSTRICA

MESTSKÝ ÚRAD, Odbor sociálnych vecí

Príloha č. 1

k Žiadosti o poskytnutie
ambulantnej sociálnej služby
v zariadení starostlivosti
o deti do 3 rokov veku dieťaťa

EVIDENČNÝ LIST

dieťaťa umiestneného v zariadení starostlivosti o deti do 3 rokov veku dieťaťa

1. DIEŤA:

Meno a priezvisko: Dátum narodenia:

Trvalý pobyt:

2. MATKA/zákonný zástupca:

Meno a priezvisko: Dátum narodenia:

Číslo OP: Zamestnávateľ (adresa, kontakt):

.....

3. OTEC/zákonný zástupca:

Meno a priezvisko: Dátum narodenia:

Číslo OP: Zamestnávateľ (adresa, kontakt):

.....

4. SÚRODENCI:

Meno a priezvisko: Dátum narodenia:

Meno a priezvisko: Dátum narodenia:

Meno a priezvisko: Dátum narodenia:

Meno a priezvisko: Dátum narodenia:

Zaväzujeme sa dodržiavať prevádzkový poriadok zariadenia starostlivosti o deti do 3 rokov veku dieťaťa.
Zaväzujeme sa, že oznámime, ak sa v našej rodine alebo v okolí vyskytne infekčné ochorenie.

V Banskej Bystrici, dňa

.....
podpis rodiča/zákonného zástupcu dieťaťa

