



DĚTSKÉ CENTRUM ČTYŘLÍSTEK, p.o.

Nákladní 147/29, 746 01 Opava-Předměstí, IČO 681 77 992, Tel.: 553 621 548

Žádost o přijetí do stacionáře

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Bydliště:

Pojišťovna:

Datum narození:

Jméno a příjmení zákonného zástupce/osoby odpovědné za výchovu*

Tel.:

Dítě je zapsáno do jiného předškolního zařízení: ano ne

kde:

Odložená školní docházka: ano ne

Dovednosti dítěte:

chodící: ano ne

leze: ano ne

chodí za ruku: ano ne

pohybuje se na vozíku: ano ne

Zdravotní znevýhodnění:

zdravotní oslabení: ano ne

vada sluchu: ano ne

pohybové, tělesné znevýhodnění: ano ne

vada zraku: ano ne

dietní stravování: ano ne

vada řeči: ano ne

V Opavě dne.....

.....
podpis zákonného zástupce/osoby odpovědné za výchovu*

Vyjádření dětského lékaře:

Chronické onemocnění/zdravotní omezení dítěte:

Alergie NE / ANO:*

Trvale užívané léky NE / ANO:*

Dítě bylo řádně očkováno dle povinného schématu ANO / NE:*

Současný zdravotní stav dítěte:

V Opavě dne.....

.....
razítko a podpis pediatra

Dítě bude zařazeno do stacionáře DC Čtyřlístek ano ne

Zdůvodnění:

.....
razítko a podpis

Žadatel informován dne:

podpis:

Pozn.: Uvedené informace nejsou rozhodující k přijetí dítěte do stacionáře. Slouží k organizaci provozu oddělení. Rozhodující je diagnóza, doporučení lékaře či jiných odborníků a rozhodnutí odborného týmu zařízení.

*nehodící se škrtněte