



MESTO ŽIAR NAD HRONOM

Mestský úrad

Odbor starostlivosti o obyvateľa

Mestské detské jasle

Príloha č. 1 k IS Prevádzkový poriadok Mestských detských jasí v Žiari nad Hronom

Mestské detské jasle

Sládkovičova 1, 965 01 Žiar nad Hronom, Telefón: 045/672 47 25,

E-mail: jasle@ziar.sk, www.ziar.sk

Prihláška dieťaťa do Mestských detských jasí

Meno a priezvisko dieťaťa:

Dátum narodenia dieťaťa:

Rodné číslo dieťaťa:

Bydlisko:

Zdravotná poisťovňa:

Detský lekár:

Kontakt na detského lekára:

Meno a priezvisko matky:

Dátum narodenia matky:

Bydlisko:

Telefónne číslo:

Zamestnávateľ:

Telefónne číslo do práce:

E-mail:

Meno a priezvisko otca:

Dátum narodenia otca:

Bydlisko:

Telefónne číslo:

Telefónne číslo do práce:

Zamestnávateľ:

E-mail:

Požadovaný dátum nástupu dieťaťa do jasí:



MESTO ŽIAR NAD HRONOM

Mestský úrad

Odbor starostlivosti o obyvateľa

Mestské detské jasle

Formulár č. F. – 144/1

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 Mestských detských jaslí je aj:

- Vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast/pediatra o zdravotnom stave dieťaťa

V

Dňa

Meno a priezvisko zákonného zástupcu:

Podpis:



MESTO ŽIAR NAD HRONOM

Mestský úrad

Odbor starostlivosti o obyvateľa

Mestské detské jasle

Formulár č. F. – 144/1

Potvrdenie všeobecného lekára

pre deti a dorast o zdravotnom stave dieťaťa

(potvrdenie nesmie byť staršie ako 3 dni pred nástupom dieťaťa do MDJ)

Potvrdzujem, že (meno a priezvisko dieťaťa):

.....

Dátum narodenia :

Označiť krížikom:

☐ dieťa **nie je spôsobilé** navštevovať Mestské detské jasle

☐ dieťa **je spôsobilé** navštevovať Mestské detské jasle – 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 Mestské detské jasle **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 jasliach

.....
.....

Meno a priezvisko pediatra:

Telefonický kontakt pediatra:

V

Dňa



MESTO ŽIAR NAD HRONOM

Mestský úrad

Odbor starostlivosti o obyvateľa

Mestské detské jasle

Pečiatka a podpis pediatra

Formulár č. F. – 144/1

Vyhlásenie pri prijatí dieťaťa do Mestských detských jaslí

Zaväzujeme sa dodržiavať „Prevádzkový poriadok Mestských detských jaslí“ (MDJ).

Uvedomujeme si, že jeho opakované porušenie môže mať za následok vylúčenie dieťaťa z MDJ.

Po neprítomnosti dieťaťa v MDJ, ak trvala dlhšie ako päť dní sme povinní podpísať čestné vyhlásenie prijímateľa sociálnej služby o zdravotnom stave dieťaťa a osôb, s ktorými je v styku.

Zaväzujeme sa, že vedeniu MDJ ihneď oznámime, ak sa v našej rodine alebo v okolí vyskytne prenosná choroba.

Súhlasíme so všetkými zdravotníckymi konzultáciami, ktoré sa urobia v MDJ podľa zmluvného lekára.

V prípade potreby **súhlasíme** podať roztok morskej soli pri upchatom nose a čapík proti zvýšenej telesnej teplote (nad 38°C) a pri enormnom množstve sekrétu z nosa zostať v domácej opatere minimálne 24 hodín.

Zaväzujeme sa platiť paušálny poplatok za služby v MDJ vždy do 15. dňa v mesiaci. Pri nástupe sa platí zálohový poplatok vo výške mesačného paušálu, ktorý bude použitý na posledný mesiac dochádzky, alebo bude vrátený na uvedené číslo účtu. Mesačný paušálny poplatok sa bude platiť mesiac pozadu.

Berieme na vedomie, že v prípade nezaplatenia mesačného paušálu do 15. dňa nasledujúceho mesiaca, nebude dieťa do MDJ prijaté.

V Žiari nad Hronom, dátum:

.....
podpisy zákonných zástupcov