



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

