

## Zdravotní dotazník / Gesundheitskarte

### Dítě / Kind

Jméno a příjmení dítěte / Vorname und Nachname des Kindes:	
Rodné číslo / Geburtsnummer / Geburtsdatum:	
Adresa v ČR / Wohnort in der Tschechischen Rep.:	
Adresa v zahraničí / Wohnort im Ausland:	
Pojišťovna v ČR / Versicherung in der Tschechischen Rep.:	
Pojišťovna v zahraničí (platná pro EU) / Versicherung im Ausland (gültig in den EU- Staaten):	
Důležité informace o zdravotním stavu dítěte / Wichtige Mitteilungen über die Gesundheit ihres Kindes:	

### Rodiče / Eltern

Matka / Mutter:		Otec / Vater:	
Jméno / Name:		Jméno / Name:	
Rodné číslo / Geburtsdatum:		Rodné číslo / Geburtsdatum:	
Adresa / Adresse:		Adresa / Adresse:	
Telefon / Telefonnummer:		Telefon / Telefonnummer:	

## Plná moc / Vollmacht

### Plná moc

Tímto my, výše jmenovaní rodiče, zplnomocňujeme spolupracovníky Mateřské školy KIDS Company Praha, s.r.o., se sídlem Hradešinská 58, 101 00 Praha 10 – Vinohrady, a to jmenovitě:

- paní **Markétu Frank,**
- paní **Magdalénu Mátlovou,**
- paní **Magdu Vaněk,**
- paní **Nicole Madar,**
- paní **Lucii Sineckou,**
- paní **Petru Kyclovou Morávkovou**
- paní **Angeliku Boué**
- paní **Šárku Pokornou**
- paní **Zdeňku Töpfer**

k jednání se záchrannou službou, lékaři a ošetřujícím personálem v případě akutního ošetření zranění či úrazu mého dítěte způsobeného v době pobytu ve školce. K této plné moci přikládáme kopie našich občanských průkazů / cestovních pasů a kopii průkazu pojištění dítěte.

V Praze dne

podpis matky

podpis otce

### Vollmacht

Hiermit bevollmächtigen wir, die oben genannten Eltern, die Mitarbeiter der Gesellschaft Mateřská škola KIDS Company Praha, s.r.o., mit Sitz in Hradešinská 58, 101 00 Praha 10 – Vinohrady, namentlich:

- Frau **Markéta Frank,**
- Frau **Magdaléna Mátlová,**
- Frau **Magda Vaněk,**
- Frau **Nicole Madar,**
- Frau **Lucie Sinecká,**
- Frau **Petra Kyclová Morávková,**
- Frau **Angelika Boué**
- Frau **Šárka Pokorná**
- Frau **Zdeňka Töpfer**

zu Verhandlungen mit dem ärztlichen Rettungsdienst, Ärzten und Personal des Krankenhauses im Falle einer akuten Behandlung, einer Verletzung oder eines Unfalles meines Kindes während des Aufenthaltes im Kindergarten. Zu dieser Vollmacht werden Kopien unserer Personalausweise / Reisepässe und eine Kopie des Versicherungsausweises meines Kindes beigefügt.

Prag, den

Unterschrift der Mutter

Unterschrift des Vaters