



EVROPSKÁ UNIE  
Evropské strukturální a investiční fondy  
Operační program Praha – pól růstu ČR



Školné
Stravné

## Přihláška do Dětské skupiny ZZ MČ Praha 4

Přijato dne
Propuštěno dne

### DÍTĚ:

Příjmení:	Jméno:	Rodné číslo:
Adresa trvalého bydliště:		
Pojišťovna		

### OTEC: \*)

Příjmení:	Jméno:	Rodné č.:
Adresa trvalého bydliště:		
Zaměstnavatel (název a sídlo):		
Tel. práce:	Mobil:	E-mail:
Povolání:	Potvrzení zaměstnavatele (podpis, razítko):	
Číslo účtu:		

### MATKA: \*)

Příjmení:	Jméno:	Rodné č.:
Adresa trvalého bydliště:		
Zaměstnavatel (název a sídlo):		
Tel. práce:	Mobil:	E-mail:
Povolání:	Potvrzení zaměstnavatele (podpis, razítko):	
Číslo účtu:		

### SOUROZENCI DÍTĚTE:

Jméno:	Narozen(a):	Navštěvuje školu (MŠ):
Jméno:	Narozen(a):	Navštěvuje školu (MŠ):
Jméno:	Narozen(a):	Navštěvuje školu (MŠ):



\*) Pokud dítě nemá rodiče nebo nežije u nich, vyplní části OTEC a MATKA osoby, které mají dítě v péči, a uvedou tam svá data s poznámkou o svém vztahu k dítěti (např. babička, pěstoun).

Má-li dítě rodiče a tito nejsou zbaveni rodičovské odpovědnosti, je třeba, aby evidenční list podepsal vedle osob, které mají dítě v péči, také jeden z rodičů

### ZDRAVOTNÍ STAV DÍTĚTE (vyplní lékař):

Potvrzuji, že zdravotní stav dítěte je dobrý, není námitka proti jeho přijetí do dětské skupiny. **)				
Proti přijetí dítěte do dětského kolektivu jsou tyto námitky: **)				
**) Nehodící-se škrtněte.				
Dítě je očkováno a přeočkováno proti:				
<b>Infanrix Hexa</b> , nebo <b>Hexacima</b> (záškrt, tetanus, dáv.kašel, dětská obrna, HIB, HBV)	1.	2.	3.	4.
<b>Priorix</b> (MMR)	1.	2.		
Jiné:				
Dítě prodělalo tyto přenosné nemoci:				
Neštovice				
V	dne	Podpis a razítko lékaře		
Ne starší tří měsíců v době podání přihlášky				

1. Zavazujeme se dodržovat řád Dětské skupiny. Jsme si vědomi, že jeho opakované porušení může mít za následek vyloučení dítěte z DS.
2. Bereme na vědomí, že musíme předložit všechna potvrzení o očkování dítěte a dále lékařské potvrzení o zdravotním stavu dítěte, bude-li se vracet do Dětské skupiny po nemoci. Také se zavazujeme, že oznámíme ihned DS, jestliže se v naší rodině nebo okolí vyskytne přenosná nemoc.
3. Souhlasíme s veškerými zdravotnickými opatřeními DS a dáváme souhlas s nahlížením do zdravotnické dokumentace všem pracovníkům ZZ MČ Praha 4 poskytujícím zdravotně - výchovnou péči, nebo vykonávajícím kontrolu úrovně poskytované péče, i osobám získávajícím způsobilost k výkonu zdravotnického povolání (např. studentům zdravotnických škol). Tito pracovníci jsou vázáni povinností mlčenlivosti.
4. Zavazujeme se platit měsíční poplatek za dítě v DS. Bereme na vědomí, že v případě neodůvodněného nezaplacení nebude dítě další měsíc do DS přijato.
5. Tímto vyjadřujeme souhlas se zachycováním a rozšiřováním podoby své i svého dítěte, a to za účelem informování rodičů, dotačních orgánů a veřejnosti o činnosti předmětné dětské skupiny.

V

Dne

Podpis rodičů