



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:		
Doručovací adresa:		
Mobil:	E-mail:	
Zaměstnavatel (název a sídlo):	Potvrzení zaměstnavatele (podpis, razítko):	
Povolání:		
Číslo účtu:		

### MATKA: \*)

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



\*) 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

<b>ZDRAVOTNÍ STAV DÍTĚTE (vyplní lékař):</b>				
Posuzované dítě (nehodící se škrtněte):				
a) je zdravotně způsobilé k nástupu do dětské skupiny				
b) není zdravotně způsobilé k nástupu do dětské skupiny				
c) je způsobilé s tímto omezením: .....				
Dítě je očkováno a přeočkováno proti:				
Infanrix Hexa, nebo Hexacima (záškrť, tetanus, dáv.kašel, dětská obrna, HIB, HBV)	1.	2.	3.	4.
	Priorix (MMR)	1.	2.	
Jiné:				
Dítě má tyto alergie:				
Dítě trvale užívá léky:				
V _____ dne _____ Podpis a razítko lékaře				
Ne starší tří měsíců v době podání přihlášky				

Zavazujeme se dodržovat řád Dětské skupiny. Jsme si vědomi, že jeho opakované porušení může mít za následek vyloučení dítěte z DS.

1. 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.
2. 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.
3. Zavazujeme se platit měsíční poplatek za dítě v DS. Bereme na vědomí, že v případě neodůvodněného nezaplacení nebude dítě další měsíc do DS přijato.
4. 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