



Záloha:
Školné:

Přihláška do Dětské skupiny ZZ MČ Praha 4

Dětská skupina:
Přijato dne:
Propuštěno dne:

DÍTĚ:

Příjmení:	Jméno:
Adresa trvalého pobytu:	
Zdravotní pojišťovna:	Datum narození:
Číslo účtu k inkasu:	

OTEC: *)

Příjmení:	Jméno:	Datum narození:
Adresa trvalého pobytu:		
Doručovací adresa:		
Mobil:	E-mail:	
Zaměstnavatel (název a sídlo):	Potvrzení zaměstnavatele (podpis a razítko):	

MATKA: *)

Příjmení:	Jméno:	Datum narození:
Adresa trvalého pobytu:		
Doručovací adresa:		
Mobil:	E-mail:	
Zaměstnavatel (název a sídlo):	Potvrzení zaměstnavatele (podpis a razítko):	

*) 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):

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 (záškrt, tetanus, dáv. kašel, dětská obrna, HIB, HBV)

1. 2. 3. 4.

Priorix (MMR)

1. 2.

Dítě je očkováno dle očkovacího kalendáře (nehodící se škrtněte): ANO/NE

Jiné:

Dítě má tyto alergie:

Dítě trvale užívá tyto léky:

V dne **Podpis a razítko lékaře**

Ne starší 3 měsíců v době podání přihlášky

Podpisem této přihlášky do Dětské skupiny (dále jen DS) stvrzujeme, že jsme se seznámili s obsahem Smlouvy o poskytování služeb péče o dítě v DS a jejích příloh a jsme připraveni je v případě přijetí dítěte do DS dodržovat. Zejména se jedná o níže uvedená pravidla:

- Bereme na vědomí, že musíme předložit všechna potvrzení o očkování dítěte a dále lékařské potvrzení o zdravotním stavu dítěte, bude-li se vracet do DS po nemoci. Zavazujeme se, že ihned budeme informovat pracovníky DS, jestliže se v naší rodině nebo okolí vyskytne přenosná nemoc.
- Bereme na vědomí veškeré zdravotnické opatření DS, např. vyhlášení karantény a dáváme souhlas s nahlížením do zdravotnické dokumentace všem pracovníkům ZZ MČ Praha 4 poskytujícím 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.
- Zavazujeme se platit měsíční poplatek za dítě v DS. Bereme na vědomí, že v případě neodůvodněného nezaplacení nebude dítě další měsíc do DS přijato.
- Bereme na vědomí možné zachycování a rozšiřování podoby své i svého dítěte, a to za účelem informování rodičů a dotačních orgánů o činnosti předmětné DS.

V dne

.....
Podpis rodiče/ů