



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.



### POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K PŘIJETÍ DO DĚTSKÉ SKUPINY (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 se skutečnostmi a pravidly obsaženými ve Smlouvě o poskytování služeb péče o dítě v DS včetně jejích příloh. Bereme na vědomí, že tyto skutečnosti a pravidla jsou závazná, souhlasíme s nimi a jsme připraveni je, v případě přijetí dítěte do DS, dodržovat. Zejména se potom 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 infekční či déletrvající nemoci. Zavazujeme se, že v případě, že se v naší rodině nebo okolí vyskytne přenosná nemoc, budeme ihned informovat pracovníky DS.
- Bereme na vědomí veškerá zdravotnická opatření DS, např. vyhlášení karantény a dáváme souhlas s nahlížením do tohoto „Posudku o zdravotní způsobilosti dítěte“, a to všem pracovníkům ZZ MČ Praha 4, poskytujícím výchovnou péči nebo vykonávajícím kontrolu úrovně poskytované péče, příp. i osobám získávajícím způsobilost k výkonu zdravotnického povolání (např. studentům zdravotnických škol). Tito pracovníci jsou vázáni povinností mlčenlivosti. Udělení tohoto souhlasu je nezbytné v zájmu samotného dítěte, aby osoba poskytující péči, byla náležitě informována o všech případných zdravotních rizicích a event. potřebě zvýšené péče či opatrnosti.
- Zavazujeme se platit měsíční poplatek za dítě v DS. Bereme na vědomí, že v případě neodůvodněného vynechání úhrady měsíčního poplatku, nebude dítě již v dalším bezprostředně následujícím měsíci 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**