|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Záloha: | **Přihláška do Dětské skupiny ZZ MČ Praha 4** | Dětská skupina: |
| Školné: | 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 dle očkovacího kalendáře (nehodící se škrtněte): **ANO / NE** |
| 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:

* Zavazujeme se poskytovateli nahlásit termíny provedených aplikací povinného očkování dítěte.
* 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 rozšiřováním podoby své i svého dítěte, a to za účelem informování rodičů  
  a dotačních orgánů o činnosti předmětné DS.

**V ………………………………… dne ……………………. ….…………………………………………………………….**

**Podpis rodiče/ů**