|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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.

**STRAVOVÁNÍ:**

|  |
| --- |
| Intolerance na potraviny a nápoje\* |
| Jiná stravovací specifika\* |

\* Upozorňujeme, že není, s ohledem na provozní důvody, možné zajistit jakékoliv speciální stravování dítěte. Donáška vlastní stravy dítěti je z hygienických důvodů zakázána.

|  |
| --- |
| **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 skupinyb) není zdravotně způsobilé k nástupu do dětské skupinyc) 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   |

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

**Podpis rodiče/ů**