

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:
Rodné číslo (není-li dítě občanem ČR, uveďte druh a číslo identifikačního dokladu vydaného ČR a EPČ – evropské číslo pojištění):	
Číslo účtu k inkasu:	

### OTEC: \*\*)

Příjmení:	Jméno:	Datum narození:
Adresa trvalého pobytu:		
Doručovací adresa:		
Mobil:	E-mail:	
Zaměstnavatel (název a sídlo) *:	Pracovní pozice:	

### MATKA: \*\*)

Příjmení:	Jméno:	Datum narození:
Adresa trvalého pobytu:		
Doručovací adresa:		
Mobil:	E-mail:	
Zaměstnavatel (název a sídlo) *:	Pracovní pozice:	

\* Upozorňujeme, že při podpisu „Smlouvy o poskytování služeb péče o dítě v dětské skupině“ je nutné dodat vyplněné „Potvrzení o vazbě na trh práce“ od jednoho z rodičů. Vazbu na trh práce může doložit i manžela/ka, partnera/ka, registrovaný/á partner/ka žijícím s rodičem ve společné domácnosti, a to spolu s příslušným prohlášením. Bez doložení „Potvrzení o vazbě na trh práce“ nelze dítě přijmout do dětské skupiny.

\*\* 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 Přihlášku do dětské skupiny 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 a provozních 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 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

V ..... dne .....

.....  
**Podpis rodiče/ů**