

Organizace: Dětská skupina miniPastelka

IČO: 06326749

Projekt: Dětská skupina miniPastelka Jičín, z.s.



ŽÁDOST O UMÍSTĚNÍ DÍTĚTE DO DĚTSKÉ SKUPINY

Žádám o umístění dítěte do Dětské skupiny miniPastelka („Dále jen DS“), potvrzuji správnost uvedených údajů a seznámení se s Plánem výchovy a péče a Vnitřními pravidly.

Jméno rodiče/ zákonného zástupce dítěte (žadatel):

Dítě

Jméno:..... Příjmení:.....

Datum narození dítěte:..... Zdravotní pojišťovna:.....

Adresa místa pobytu:.....

Zdravotní omezení (dieta, alergie, úrazy, epilepsie, astma, diabetes, jiné nemoci, užívání léků, speciální potřeby atd.):.....

Kontaktní údaje:

Matka

Jméno:.....

Příjmení:.....

Adresa místa pobytu:
.....

Mobilní telefon:

e-mail:.....

Otec

Jméno:.....

Příjmení:.....

Adresa místa pobytu:
.....

Mobilní telefon:

e-mail:.....

Organizace: Dětská skupina miniPastelka

IČO: 06326749

Projekt: Dětská skupina miniPastelka Jičín, z.s.



Jiná pověřená osoba

Jméno:.....

Příjmení:.....

Adresa místa pobytu:

.....

Mobilní telefon:

e-mail:.....

Rozsah služeb¹

pravidelné umístění dítěte

	Označte provozní den/ provozní dny	od – do
Pondělí:	<input type="checkbox"/>	
Úterý:	<input type="checkbox"/>	
Středa:	<input type="checkbox"/>	
Čtvrtek:	<input type="checkbox"/>	
Pátek:	<input type="checkbox"/>	
Sobota:	<input type="checkbox"/>	
Neděle:	<input type="checkbox"/>	

příležitostné umístění dítěte² – předpokládaný rozsah:

.....

Rodič/ zákonný zástupce dítěte prohlašuje, že byl seznámen s podmínkami přijetí dítěte do DS a že uvedené údaje jsou pravdivé a úplné. Současně bere na vědomí skutečnost, že uvedením nepravdivých údajů se vystavuje riziku postihu dle zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích, ve znění pozdějších předpisů.

.....

Datum

.....

Podpis rodiče/zákonného zástupce

Nezapomeňte k žádosti přiložit potvrzení od lékaře o zdravotním stavu dítěte, včetně potvrzení o očkování .

¹ Zaškrtněte jedno z políček.

² např. některý den v měsíci nebo pouze na určité období atd.