# Žádost o přijetí dítěte do Dětské skupiny Palouček

Žádost přijata dne: …….
Čj.: …….
Registrační číslo: …….

**Údaje o dítěti:**

| | | |
|---|---|---|
| **Jméno a příjmení:** | | |
| **Datum a místo narození:** | | |
| **Rodné číslo:** | | **Zdravotní pojišťovna:** |
| **Adresa trvalého bydliště** (město, ulice, čp)<br>**PSČ:** | | **Telefon:** |
| **Státní občanství:** | **Národnost:** | **Mateřský jazyk:** |

**Údaje o zákonných zástupcích:**

**MATKA**

| | |
|---|---|
| Jméno a příjmení: | |
| Telefon: | |
| Emailová adresa: | |
| Adresa trvalého bydliště: | |
| ID: | |
| Adresa pro doručování písemností (pokud není shodná s místem trvalého pobytu): | |

**OTEC**

| | |
|---|---|
| Jméno a příjmení: | |
| Telefon: | |
| Emailová adresa: | |
| Adresa trvalého bydliště: | |
| ID: | |
| Adresa pro doručování písemností (pokud není shodná s místem trvalého pobytu): | |

**Předpokládaná docházka dítěte:**

Docházka bude upřesněna až v okamžiku sepsání smluvního vztahu, níže, prosím, uveďte předpoklad docházky Vašeho dítěte (není závazné).

| | Příchod | Odchod | Délka pobytu | Poznámka |
|---|---|---|---|---|
| **Pondělí** | | | | |
| **Úterý** | | | | |
| **Středa** | | | | |
| **Čtvrtek** | | | | |
| **Pátek** | | | | |

**Poznámky:**

Tato přihláška slouží k registraci zájemců o umístění v Dětské skupině Palouček. Dětská skupina je primárně určena pro děti rodičů nastupujících po rodičovské dovolené zpět do zaměstnání. Nutno doložit potvrzení vazby na trh práce jednoho z rodičů. (V případě, že nebude doloženo, docházka je možná, ale bez příspěvku pro provozovatele z MPSV, tudíž přednostní právo budou mít uchazeči, kteří tento požadavek splní).

**Preference:**

Pokud budete podávat i žádost k předškolnímu vzdělávání do MŠ DUHA Soběslav, sídliště Míru 750, prosím, vyplňte níže preferenci umístění Vašeho dítěte.

| | |
|---|---|
| Dětská skupina PALOUČEK | |
| Mateřská škola DUHA Soběslav, sídliště Míru 750 | |

*(označte **X** svou preferenci)*

**Příloha č.1 Vyjádření lékaře o zdravotním stavu dítěte**

# VYJÁDŘENÍ POSKYTOVATELE ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB V OBORU PRAKTICKÉ LÉKAŘSTVÍ PRO DĚTI A DOROST

| |
|---|
| **Jméno a příjmení:** |
| **Datum narození:** |
| **Adresa trvalého bydliště**: |

1. Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním (popř. splnilo podmínku nezbytného očkovacího statusu pro přijetí do dětské skupiny.

**ANO x NE**

nebo
má doklad, že je proti nákaze imunní

**ANO x NE**

nebo
má doklad, že se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci, popř. pro dočasnou kontraindikaci (z dlouhodobého hlediska brání zdravotní stav dítěte podání očkovací látky).

**ANO x NE**

2. Dítě je zdravé a může být přijato do dětské skupiny. **ANO x NE**

3. Jiná závažná zdravotní sdělení o dítěti:

V dne razítko a podpis poskytovatele

Potvrzení se vydává na žádost zákonného zástupce dítěte, pěstouna nebo fyzické osoby, které bylo dítě soudem svěřeno do osobní péče.