



EVROPSKÁ UNIE
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



OSTRAVA!!!
SLEZSKÁ OSTRAVA



ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE

do dětské skupiny

Malý svět na Slezské

pro školní rok 2018/2019

Jméno		Rodné číslo
Příjmení		Státní příslušnost
Datum narození		Mateřský jazyk
Bydliště		
Zdravotní pojišťovna dítěte	Dětský lékař	

k zápisu	od	(doplňte datum, kdy chcete, aby Vaše dítě nastoupilo)				Cena / měsíc
na celodenní docházku	od	hod.	do	hod.	denní docházka	500 Kč
na odpolední docházku	od	hod.	do	hod.	Po Út St Čt Pá	300 Kč
na dopolední docházku	od	hod.	do	hod.	Po Út St Čt Pá	
Jinak	od	hod.	do	hod.	Po Út St Čt Pá	
Souhlasím se složením zálohy v případě pozdějšího nástupu (později než 1.9.2018): ano ne						

Údaje o rodině dítěte

Titul, jméno a příjmení otce:
Bydliště:
Zaměstnavatel otce (adresa, telefon):
Titul, jméno a příjmení matky:
Bydliště:
Zaměstnavatel matky (adresa, telefon):
Nepracuje – na MD – Zaměstnavatel matky (adresa, telefon): (nehodící se škrtněte)
Telefonní kontakt na rodiče dítěte (mobil, domů,...): e-mail:

Prohlášení rodičů

Zavazujeme se, že neprodleně oznámíme lektorce dětské skupiny výskyt přenosné choroby v rodině nebo nejbližším okolí dítěte, onemocnění dítěte přenosnou chorobou nebo onemocnění osoby, s níž dítě přišlo do styku.

Jsme si vědomi, že uvedením nepravdivých údajů, které budou mít vliv na přijetí dítěte do dětské skupiny, můžeme způsobit dodatečnou změnu rozhodnutí o přijetí.

Pro účely ověření pravdivosti údajů, které jsme uvedli v této přihlášce, tímto vydáváme dětské skupině a jejímu zřizovateli RC Chaloupka z.s., Únorová 858/6, 712 00 Ostrava souhlas se zpracováním osobních údajů podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů.

V _____ dne _____ podpisy matky, otce, nebo jiného zákonného zástupce

Rodiče dítěte se dohodli, že zmocnění k doručování písemností týkajících se práv a právem chráněných zájmů dítěte po dobu předškolního vzdělávání v dětské skupině má jeden z nich: matka otec jiný zákonný zástupce.

Podpisy zákonných zástupců dítěte:

Vyjádření lékaře

ke zdravotnímu stavu dítěte se zohledněním potřeb dítěte na speciální výchovnou péči a režim (zdravotní postižení, chronické onemocnění, odchylky v psychomotorickém vývoji):

.....
.....

Dítě bylo řádně očkováno:

Bere pravidelně léky:

Alergie:.....

Dítě se může účastnit akcí dětské skupiny

plavání

saunování.....

škola v přírodě

doporučuji – nedoporučuji přijetí dítěte do mateřské školy

datum

razítko a podpis lékaře

Souhlasím s případným umístěním fotografie mého dítěte na webové stránky školy: ANO - NE (nehodící se škrtněte)

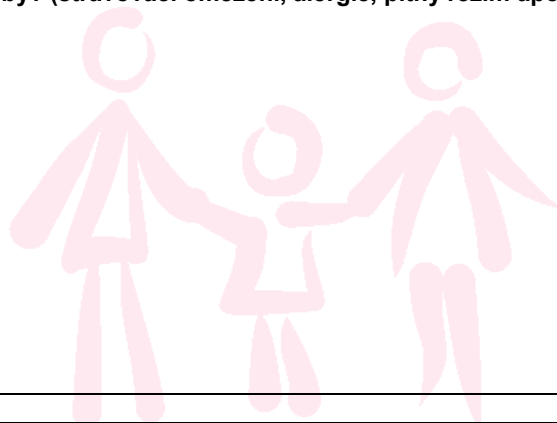
Co nám chcete o Vašem dítěti sdělit?

Stravování (nehodící se škrtněte)

Chceme, aby se dítě stravovalo v dětské skupině.

Dítě bude mít zajištěno vlastní stravování.

Má Vaše dítě nějaké speciální potřeby? (stravovací omezení, alergie, pitný režim apod.)



Dítě bude po ukončení docházky z dětské skupiny vyzvedávat:

(Prosím, uveďte jména a telefonní kontakty)

**Rodinné a komunitní centrum
Chaloupka Ostrava**

Podpis zákonného zástupce:

Děkujeme Vám za vyplnění!