**ŽÁDOST O UMÍSTĚNÍ DÍTĚTE DO DĚTSKÉ SKUPINY PŘÍSTAV**

Žádám o umístění svého dítěte do Dětské skupiny Přístav (dále jen DS), potvrzuji správnost uvedených údajů a seznámení se s vnitřními pravidly DS.

Jméno 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 a příjmení……………………………………………………………………………………………………………………
Adresa místa pobytu……………………………………………………………………………………………………………….
Mobilní telefon……………………………………….email:…………………………………………………………………….

**Otec**
Jméno a příjmení……………………………………………………………………………………………………………………
Adresa místa pobytu……………………………………………………………………………………………………………….
Mobilní telefon……………………………………….email:…………………………………………………………………….

**Jiná pověřená osoba**
Jméno a příjmení……………………………………………………………………………………………………………………
Adresa místa pobytu……………………………………………………………………………………………………………….
Mobilní telefon……………………………………….email:…………………………………………………………………….

**Rozsah služeb**

- 1 den v týdnu PO ÚT ST ČT PÁ v čase od……..hod. do……..hod.

- 2 dny v týdnu PO ÚT ST ČT PÁ v čase od……..hod. do……..hod.

- 3 dny v týdnu PO ÚT ST ČT PÁ v čase od……..hod. do……..hod.

- 4 dny v týdnu PO ÚT ST ČT PÁ v čase od……..hod. do……..hod.

- 5 dní v týdnu v čase od……..hod. do……..hod.

- jiná sdělení………………………………………………………………………………………………………..…………

**Vyjádření dětského lékaře:**

Jméno a příjmení dítěte: …………………………………………………………………………………………………..

Datum a místo narození dítěte: ………………………………………………………………………………………..

**a) vyjádření dětského lékaře v souladu s ustanovení § 50 zákona č.258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví**
dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci:

ano / ne

**b) vyjádření lékaře o zdravotním stavu dítěte**
dítě je zdravé, může být přijato do dětské skupiny:

 ano / ne

 **Alergie**: …………………………………………………………………………………………………………………………..

…………..…………………….………………………………………….. Datum, razítko a podpis lékaře pro děti a dorost

Zákonný zástupce dítěte prohlašuje, že byl seznámen s podmínkami a kritérii 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.

Dávám svůj souhlas ke zpracování a evidování osobních údajů a osobních citlivých údajů mého dítěte ve smyslu ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., O ochraně osobních údajů v platném znění.

V……………………………………Dne……………………. Podpis ……………………………………….……..