**Přihláška do dětské skupiny Školička Lumpíkov**

**Údaje o dítěti**

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa místa pobytu:

Zdravotní pojišťovna:

**Údaje o rodičích (zákonných zástupcích)**

Jméno a příjmení matky\*:

Adresa místa pobytu:\*\*

Telefon:

E-mail:

Jméno a příjmení otce\*:

Adresa místa pobytu:\*\*

Telefon:

E-mail:

\*) Pokud dítě nemá rodiče nebo nežije u nich, vyplní části OTEC a MATKA osoby, které mají dítě v přímé péči, a uvedou tam svoje data s poznámkou o svém vztahu k dítěti (např. babička, pěstoun). Má-li dítě rodiče a tito nejsou zbaveni rodičovské moci, je třeba, aby evidenční list podepsal vedle osob, které mají dítě v přímé moci, také jeden z rodičů

\*\*) Je-li odlišná od adresy dítěte

**Osoby, které na základě pověření rodičů budou pro dítě docházet**

(jméno a příjmení, adresa místa pobytu, telefon, e-mail)

**Docházka v čase 7:00 – 17:00**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Pondělí | Úterý | Středa | Čtvrtek | Pátek |
| **☐** | **☐** | **☐** | **☐** | **☐** |

**Zdravotní stav dítěte, zdravotní omezení, alergie** (vyplní rodič/zákonný zástupce)

**POTVRZENÍ LÉKAŘE**

Jméno a příjmení lékaře:Potvrzuji, že dítě:
a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním
b) je vůči nákaze imunní
c) se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci

Dítě je schopno návštěvy zařízení: ano ne

V(e) dne

 Razítko a podpis lékaře

**Podpis rodiče/zákonného zástupce**

V(e) dne

Podpis