

ŽÁDOST o přijetí dítěte do dětské skupiny

Dětská skupina KNOFLÍČKY Riegrova 290/10a, 697 01 KYJOV

Informace o dítěti			
Jméno a příjmení:			
Datum narození:		Rodné číslo:	
Trvalé bydliště:			
Adresa místa pobytu:			
Zdravotní pojišťovna:			
Dítě je řádně očkováno dle očk. kalendáře:	☐ ano ☐ ne ☐ ano s výjimkou....., protože má dítě kontraindikaci, pro kterou se nemohlo tomuto očkování podrobit Informace o očkování dítěte bude součástí lékařského posudku pediatra dítěte, které bude doloženo v případě přijetí dítěte před podpisem Smlouvy o péči o dítě v dětské skupině		
Státní občanství:	Mateřský jazyk:		
Zdravotní omezení: (alergie, dieta, epilepsie, úrazy, astma, diabetes mellitus, jiné nemoci, užívání léků, speciální potřeby atd.):			
Jiné sdělení:			
	Matka	Otec	
Jméno a příjmení:			
Datum narození:			
Trvalé bydliště:			
Bydliště (liší-li se od trvalého):			
Tel.:			
E-mail:			
Zaměstnavatel:			

Beru na vědomí aktuální ceník Dětské skupiny KNOFLÍČKY.

Svým podpisem dávám svůj souhlas dětské skupině Dětská skupina KNOFLÍČKY k tomu, aby v rámci přijímacího řízení zpracovávala a evidovala osobní údaje a osobní citlivé údaje uvedené v této žádosti ve smyslu všech ustanovení zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů v platném znění. Svůj souhlas poskytuji pro účely vedení povinné dokumentace dětské skupiny a pro vedení nezbytné zdravotní dokumentace.

Požadované datum zahájení docházky:
Předpokládané datum ukončení docházky:

☐ k celodenní docházce dle provozní doby dětské skupiny od 07:00 - 16:00 hod.

☐ Preferuji následující dny docházky:

☐ **Pátek**

--

Podpis žadatele: