

**Anglická školka Sovička, Válečkova 990/16, 747 05 Opava - Kateřinky, email: skolka@detiavzdelani.cz**

**PŘIHLÁŠKA DÍTĚTE K  ZÁPISU DO DĚTSKÉ SKUPINY**

č.j…………………..

**Žádám o přijetí mého syna/ dcery/\* do dětské skupiny:**

Příjmení a jméno: ……………………………………………………………………………………………………………..

Datum narození: ……………………………………………………………………………………………………………..

Trvalé bydliště: ……………………………………………………………………………………………………………..

**Žadatelé – zákonní zástupci dítěte:**

**Otec dítěte:** ……………………………………………………………………………………………………………..

Příjmení a jméno: ………………………………………………………………………………………………………………

Datum narození: ……………………………………………………………………………………………………………..

Trvalé bydliště: ……………………………………………………………………………………………………………..

Zaměstnání otce: ……………………………………………………………………………………………………………..

**Matka dítěte:**

Příjmení a jméno: ……………………………………………………………………………………………………………..

Datum narození: ……………………………………………………………………………………………………………..

Trvalé bydliště: ……………………………………………………………………………………………………………..

Zaměstnání matky: ……………………………………………………………………………………………………………..

kontaktní telefon a email:………………………………………………………………………………………………………….

K zápisu (datum nástupu) od …………………………………………….. (den, měsíc, rok)

na docházku celotýdenní /4 dny/ 3dny/ 2 dny/ 1 den v týdnu\* od………...hod. do …………...hod.

Součástí docházky je i přihlášení k celodennímu stravování (svačina, oběd, svačina)

**Podpisem přihlášky potvrzuji seznámení s Provozním řádem Anglické školky Sovička.**

………………………………….. ……………………………………..

**Datum podání žádosti** **Podpis zákonného zástupce**

 /\* nehodící se škrtněte

**Potvrzení lékaře o zdravotní způsobilosti dítěte k docházce do Anglická školka Sovička - Nadační fond Děti a vzdělání**

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

Datum narození:………………………………zdravotní pojišťovna:…………………………

Adresa trvalého pobytu:……………………………………………………………………….

Poskytovatel zdravotních služeb vydávající zdravotní posudek: (název, adresa,, IČ):

…………………………………………………………………………………………………….

Posuzované dítě je způsobilé k docházce do Dětské skupiny Sovička:

1. bez omezení
2. je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením)
3. není zdravotně způsobilé

Zdravotní omezení:………………………………………………………………………………

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

Dlouhodobě užívá léky:………………………………………………………………………….

Jiná závažná sdělení:………………………………………………………………………........

Potvrzení dětského lékaře, že se dítě podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci dle ustanovení §50 zákona č.258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.

Vyjádření lékaře k očkování:……………………………………………………………………..

Očkování TE (tetanus) dne:………………………………………………………………………

V ……………………..dne………………

 Razítko a podpis lékaře:

