



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Žádost o přijetí dítěte k docházce

Dětská skupina MATEŘINKA, Legionářská 561, Dvůr Králové nad Labem 544 01
zastoupená paní ředitelkou Ivanou Staňkovou, email : materinka-dk@seznam.cz, telef.č. 736458063

Registrační číslo a datum přijetí žádosti (vyplní příjemce žádosti)

Jméno zákonného zástupce dítěte (žadatel):

Adresa pro doručování (pokud není shodná s adresou trvalého bydliště)

Dítě

Jméno:..... Příjmení:.....

Datum narození dítěte: Rodné číslo :

Adresa bydliště :

Zdravotní pojišťovna :..... Státní občanství :

Sourozenci (jméno, datum narození)

Kontaktní údaje:

Matka

Jméno:..... Příjmení:.....

Kont.telefon :.....

Adresa bydliště 1:.....

Otec

Jméno:..... Příjmení:.....

Kont.telefon:.....

Adresa bydliště ¹:.....

E-mail zákonného zástupce :

¹ Liší-li se od adresy místa pobytu dítěte.

Rozsah služeb² (Provoz Mateřinky od 7.00 hod – 17.00 hod. – nebo dle dohody/

pravidelné umístění dítěte

příležitostné umístění dítěte³ – předpokládaný rozsah:

	Celý den	nebo uveďte od – do
Pondělí:	<input type="checkbox"/>	
Úterý:	<input type="checkbox"/>	
Středa:	<input type="checkbox"/>	
Čtvrtek:	<input type="checkbox"/>	
Pátek:	<input type="checkbox"/>	

Zakroužkujte nebo vypište odpověď:

1) Umístění dítěte do DS mi umožní návrat do pracovního procesu z rodičovské dovolené.

ANO NE

2) Umístění dítěte do DS mi usnadní sladění pracovního a rodinného života.

ANO NE

3) Matka/otec je samoživitel/ka, studující, veden na ÚP 4 – nutno doložit čestné prohlášení.
nebo se v rodině vyskytuje jiný nepříznivý sociální stav (vypište jaký):

.....

4) Stravování

Celodenní stravování (svačina, oběd, svačina)	ANO	NE
Polodenní stravování (dopolední svačina, oběd)	ANO	NE
Polodenní stravování (oběd, odpolední svačina)	ANO	NE
Dítě se bude stravovat z vlastních donesených potravin	ANO	NE

Zákonný zástupce dítěte prohlašuje, že byl seznámen s podmínkami a kritérii přijetí dítěte do DS MATEŘINKA 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. Bereme na vědomí povinnost včas a řádně platit náklady na provoz a stravování.

.....

Datum

.....

Podpis zákonného zástupce

Přílohy: Vyjádření lékaře o zdravotním stavu dítěte

² Zaškrtněte jedno z políček.

³ např. některý den v měsíci nebo pouze na určité období atd.

⁴ vyznačte podtržením

Nezapomeňte k žádosti přiložit potvrzení od lékaře o zdravotním stavu dítěte.