



Žádost o přijetí dítěte k docházce

MATEŘINKA dětská skupina, Dvůr Králové nad Labem 544 01, Legionářská 561
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 7.00hod.– 16.30 hod. /

- 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 mi umožní návrat do pracovního procesu z rodičovské dovolené.
ANO NE
- 2) Umístění dítěte 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 dětské skupiny 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.