**ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K DOCHÁZCE**

**Dětská skupina Montessori Andílek**

Registrační číslo projektu: CZ.03.1.51/0.0/0.0/17\_074/0008458

pro školní rok 2019/2020

**ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE**

Příjmení, jméno, titul: .................................................................................................

Kontaktní email: .................................................................................................................................

Kontaktní telefon: .................................................................................................................................

**ŽÁDÁ O PŘIJETÍ DÍTĚTE**

Příjmení, jméno: ..........................................................................................................

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

Státní občanství: .................... Mateřský jazyk: .................. Zdr.pojišťovna: ................

Sourozenci (jméno, datum narození):

.....................................................................................................

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

**Dítě bude přihlášeno ke stravování v dětské skupině: ano ne**

**Dítě navštěvovalo/nenavštěvovalo jiné zařízení péče o děti do 3 let**.

Název zařízení, jméno pečující osoby: .........................................................................

Webové stránky:............................................................................................................

**Dítě navštěvovalo/nenavštěvovalo Montessori pracovny.**

Název zařízení, jméno lektora:......................................................................................

Webové stránky:............................................................................................................

**Vyjádření ke zdravotnímu stavu dítěte:**

Je dítě pravidelně očkováno? ano ne

Bere dítě pravidelně léky? ano ne

Trpí dítě chronickým onemocněním? ano ne

Je potřeba speciálního režimu?(i stravování) ano ne

**Prohlášení zákonných zástupců:**

|  |
| --- |
| Zavazujeme se, že neprodleně oznámíme odpovědné pracovnici DS výskyt přenosné choroby v rodině nebo nejbližším okolí dítěte, onemocnění dítěte přenosnou chorobou nebo onemocnění osoby, s níž přišlo do styku. Potvrzujeme správnost údajů a bereme na vědomí, že v případě uvedení nepravdivých údajů lze kdykoli zrušit rozhodnutí o přijetí dítěte docházce do DS. |

Součástí žádosti je vyplněný **Evidenční list dítěte, Monitorovací list podpořené osoby a Potvrzení o zaměstnání či studiu či nezaměstnanosti či statutu OSVČ.**

Zákonný zástupce souhlasí s uvedením osobních údajů dítěte pro potřeby organizace.

V Praze, dne: ..............................................................

 podpis zákonného zástupce dítěte