

## ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K DOCHÁZCE

### Dětská skupina Montessori Andílek

pro školní rok 2024/2025

#### ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE

Příjmení, jméno, titul:

Kontaktní email:

Kontaktní telefon:

#### ŽÁDÁ O PŘIJETÍ DÍTĚTE

Příjmení, jméno: .....

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

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 pracovníci 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 kdykoliv 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