



Žádost o umístění dítěte do dětské skupiny Vlnka

Žádám o umístění svého dítěte do Dětské skupiny Vlnka („Dále jen DS“), potvrzuji správnost uvedených údajů a seznámení se s provozním řádem DS.

Tato žádost slouží pouze pro účely žádání o místo. V případě, že dítě bude přijato (vyrozumění dostane rodič sms zprávou) je nutné vyplnit a podepsat smlouvu s rodiči. Nedílnou součástí této žádosti je **potvrzení o očkování dítěte** (vyplní lékař) a **vazba na trhu práce** (vyplní zaměstnavatel jednoho z rodičů /opatrovníků, případně přítel matky žijící ve společné domácnosti s dítětem a matkou), v případě OSVČ je nutné doložit potvrzení podnikající osoby výpisem z živnostenského rejstříku. **Bez vyplněných více uvedených dokumentů nemůže být dítě přijato do našeho zařízení!**

Dítě:

Jméno a příjmení	
Datum narození	
Zdravotní pojišťovna	
Adresa trvalého pobytu	

Kontaktní údaje

Matka:

Jméno a příjmení	
Mobilní telefon	
E - mail	
Adresa trvalého pobytu	

Otec:

Jméno a příjmení	
Mobilní telefon	
E - mail	



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Název projektu: Dětská skupina města Červený Kostelec

Číslo projektu:
CZ.03.1.51/0.0/0.0/19_111/0014745

Adresa trvalého pobytu	
-------------------------------	--

Rozsah služeb ¹

Zde uveďte předpokládané navštěvování DS Vlnka

	Celý den	Čas: od - do
Pondělí	☐	
Úterý	☐	
Středa	☐	
Čtvrtek	☐	
Pátek	☐	

Zákonný zástupce dítěte prohlašuje, že byl seznámen s podmínkami a kritérii přijetí dítěte do DS 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.

Při uvedení konkrétních dnů v týdnu, nelze během škol. roku docházku měnit!

V.....

Datum.....

Podpis zákonného zástupce:

¹ Zaškrtněte jedno z políček



Povinné očkování do dětské skupiny Vlnka

Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním

Jméno a příjmení dítěte	
Datum narození	
Rodné číslo	

ANO x NE,^{*)}

nebo

má doklad, že je proti nákaze imunní

ANO x NE,^{*)}

nebo

má doklad, že se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci, popř. pro dočasnou kontraindikaci (z dlouhodobého hlediska brání zdravotní stav dítěte podání očkovací látky).

ANO x NE,^{*)}

Datum:

Razítko a podpis lékaře:

--

^{*)} hodící se zakroužkujte



Potvrzení o postavení podpořené osoby na trhu práce

Podpořená osoba:	
Jméno a příjmení	
Datum narození	
Adresa trvalého pobytu	

Potvrzení o

(vyplní podpořená osoba, která má se zaměstnavatelem uzavřenu pracovní smlouvu, dohodu o provedení práce nebo dohodu o pracovní činnosti)

Název zaměstnavatele:	IČ:
	Sídlo:
Podpořená osoba je zaměstnaná na základě: ☐ prac. smlouvy ☐ DPP ☐ DPČ ☐ jiného vztahu:	
Výše úvazku:	
Trvání smluvního vztahu: (důležité, vyplnit datum!)	☐ na dobu určitou od20.. do20... ☐ na dobu neurčitou od20..
Razítko zaměstnavatele:	Jméno, funkce a podpis osoby vydávající potvrzení