



PŘIHLÁŠKA DO JESLÍ

DÍTĚ

Jméno:		Datum narození:	
Příjmení:		Rodné číslo:	
Místo trvalého pobytu:			
Místo narození:		Státní občanství:	
Mateřský jazyk:		Zdravotní pojišťovna:	

ZÁKONNÍ ZÁSTUPCI

	<u>Matka</u>	<u>Otec</u>
Jméno:		
Příjmení:		
Rodné číslo:		
Mobil:		
E-mail:		
Místo trvalého pobytu*:		
Korespondenční adresa*:		
Národnost*:		

* Je-li odlišná od adresy dítěte

PROHLÁŠENÍ LÉKAŘE - VYPLNÍ LÉKAŘ

Nehodící se škrtněte, pravdivé tvrzení zakroužkujte:

Dítě se:

- a) podrobilo stanoveným pravidelným očkováním
- b) je proti nákaze imunní
- c) nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci

Dítě **je/není** schopno docházet do dětské skupiny Jesle Minisek z.s. **bez omezení/ má následující omezení:**

Alergie:

Jiné důležité informace:

Datum:

Razítko a podpis lékaře



POVĚŘENÉ OSOBY K VYZVEDÁVÁNÍ DÍTĚTE

Jméno a příjmení:	Rodné číslo:

PŘIHLÁŠENÍ KE STRAVOVÁNÍ

Stravovací omezení:	
Potvrzené potravinové alergie:	

DALŠÍ INFORMACE O DÍTĚTI

Navštěvovalo dítě jiné předškolní zařízení? ano ne

Jiná sdělení:

INFORMACE O DOCHÁZCE

Docházka dítěte:

každodenní **nebo** pondělí úterý středa čtvrtek pátek
 polodenní celodenní

Datum nástupu: _____

- Frekvenci docházky můžete písemně změnit na následující měsíc pouze písemnou Dohodou o změně frekvence docházky.
- Příhláška je platná po zaplacení zálohy 3 000,- Kč na účet dětské skupiny (DS) Jesle Minisek z.s.:
Fio banka, a.s. 2201276985/2010, poznámka: jméno dítěte.
- Záloha se odečítá z poslední platby za služby DS a to pouze v případě plnění podmínek DS. Pokud dítě nenastoupí záloha propadá.
- Souhlasím s okamžitým ambulantním ošetřením v případě akutního zdravotního stavu.
- Povinností zákonných zástupců je DS neprodleně informovat o všech případných změnách.

Datum: _____

Podpis zákonného zástupce: _____