**Dětská skupina Nišováček**

**Organizace: Obec Nišovice, Nišovice18, 38701, IČO 00667757**

# Žádost o umístění dítěte do dětské skupiny NIŠOVÁČEK

Žádám o umístění svého dítěte do dětské skupiny Nišováček („dále jen DS"), potvrzuji správnost uvedených údajů a seznámení se s Plánem výchovy a péče, Provozním řádem a vnitřními pravidly.

**Jméno rodiče / zákonného zástupce dítěte (žadatel):**
……

| **Dítě** | |
|---|---|
| **Jméno:** | |
| **Příjmení:** | |
| **Datum narození:** | |
| **Rodné číslo:** | |
| **Adresa trvalého bydliště:** | |
| **Národnost:** | |
| **Zdravotní pojišťovna:** | |
| **Zdravotní omezení** (dieta, alergie, úrazy, epilepsie, astma, diabetes, respirační afekt, jiné nemoci, užívání léků, speciální potřeby atd.): | |

## Kontaktní údaje rodičů / zákonných zástupců:

| Matka | |
|---|---|
| **Jméno:** | |
| **Příjmení, titul:** | |
| **Datum narození:** | |
| **Adresa trvalého bydliště:** | |
| **Adresa pro doručování:** | |
| **Mobilní telefon:** | |
| **E-mail:** | |
| **Číslo bankovního účtu:** | |

| Otec | |
|---|---|
| **Jméno:** | |
| **Příjmení, titul:** | |
| **Datum narození:** | |
| **Adresa trvalého bydliště:** | |
| **Adresa pro doručování:** | |
| **Mobilní telefon:** | |
| **E-mail:** | |
| **Číslo bankovního účtu:** | |

| Jiná pověřená osoba | |
|---|---|
| **Jméno:** | |
| **Příjmení, titul:** | |
| **Datum narození:** | |
| **Adresa trvalého bydliště:** | |
| **Mobilní telefon:** | |

## Rozsah služeb:

- **Pravidelné umístění dítěte**

| Den: | Označte provozní den/dny: | Uveďte rozmezí od–do: |
|---|---|---|
| **Pondělí** | | |
| **Úterý** | | |
| **Středa** | | |
| **Čtvrtek** | | |
| **Pátek** | | |

- **Příležitostné umístění dítěte**
  Uveďte předpokládaný rozsah (např.: některý den v měsíci nebo pouze na určité období atd.)

  ……

  ……

Rodič / 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.

……...
Datum

……
Podpis rodiče / zákonného zástupce

Nezapomeňte k žádosti přiložit Potvrzení od lékaře o zdravotním stavu dítěte, včetně potvrzení o očkování.