

## **Žádost o umístění dítěte v dětské skupině Dětský oříšek (Střešovická pobočka)**

**Jméno žadatele** (zákonný zástupce dítěte):

**Vztah žadatele k dítěti:**

**Dítě**

Jméno: Příjmení:

Datum narození

Adresa místa pobytu

Zdravotní pojišťovna:

Zdravotní omezení (dieta, alergie, úrazy, epilepsie, astma, diabetes mellitus, jiné nemoci, užívání léků, speciální potřeby atd.):

**Kontaktní údaje:**

**Matka**

Jméno: Příjmení:

Mobilní telefon:

Adresa místa pobytu

E-mail:

**Otec**

Jméno: Příjmení:

Mobilní telefon:

Adresa místa pobytu

E-mail:

**Jiná pověřená osoba**

Jméno: Příjmení:

Mobilní telefon:

Adresa místa pobytu

E-mail:

**Rozsah služeb**

dlouhodobé umístění dítěte

- všechny pracovní dny v týdnu/určité dny v týdnu:

Datum:

Podpis žadatele:

Před zahájením docházky požadujeme: potvrzení od lékaře o zdravotním stavu včetně potvrzení o očkování