



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost

## Žádost o umístění dítěte v dětské skupině Dětský oříšek

**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