Datum přijetí žádosti:……
Registrační číslo:……

Žádost o umístění dítěte

v dětské skupině Klub Quiq

Informace o žadateli					
Jméno a příjmení:					
Adresa trvalého pobytu:					
Telefon:		Email:			
Vztah k dítěti:					
Vazba rodiče na trh práce:	ANO/NE*				
Informace o dítěti					
Jméno a příjmení:					
Adresa trvalého pobytu:					
Datum narození:		Místo narození			
Zdravotní pojišťovna					
Státní příslušnost:					
Mateřský jazyk					
Omezení/alergie/ nemoci:					
Předpokládaný den nástupu do DS:					
Pobyt dítěte v DS	PO	ÚT	ST	ČT	PÁ
	PL/CD*	PL/CD*	PL/CD*	PL/CD*	PL/CD*

(PL = půl den, CD = celý den) *Nehodící se škrtněte

Podle ustanovení § 11 odst. 3 zákona č. 247/2014 Sb., o poskytování služby péče o dítě v dětské skupině, je rodič povinen doložit lékařské potvrzení, že se dítě podrobilo stanoveným pravidelným očkováním nebo že je proti nákaze imunní anebo že se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci, a lékařské potvrzení o zdravotním stavu dítěte a o případných omezeních z něho vyplývajících, které by mohly mít vliv na poskytování služby péče o dítě v dětské skupině, ještě před uzavřením smlouvy o poskytování péče o dítě v dětské skupině.

POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K PŘIJETÍ DO DĚTSKÉ SKUPINY

POSUZOVANÉ DÍTĚ

Jméno, popřípadě jména, a příjmení:_____
Datum narození:_____

Účel vydání posudku: **PŘIJETÍ DÍTĚTE DO DĚTSKÉ SKUPINY**

POSUDKOVÝ ZÁVĚR:

Posuzované dítě (vyberte):
a) je zdravotně způsobilé k nástupu do dětské skupiny
b) není zdravotně způsobilé k nástupu do dětské skupiny
c) je zdravotně způsobilé s tímto omezením:

Posuzované dítě trvale užívá léky:_____
Posuzované dítě má tyto alergie:_____
Jiné:_____

Posuzované dítě se (vyberte):
a) podrobilo všem stanoveným pravidelným očkováním
b) podrobilo stanoveným pravidelným očkováním s výjimkou_____
_____, protože je proti nákaze imunní
c) podrobilo stanoveným pravidelným očkováním s výjimkou_____
_____, protože má trvalou kontraindikaci, kvůli které se nemohlo tomuto pravidelnému očkování podrobit
d) nepodrobilo stanoveným pravidelným očkováním

Posudek vystaven dne:_____

Razítko / podpis lékaře:

Posudek převzala oprávněná osoba
(jméno, příjmení, vztah k dítěti):_____

V dne _____ Podpis_____

Beru na vědomí, že osobní údaje uvedené v této žádosti budou zpracovávány pro provedení opatření přijatých před uzavřením smlouvy na mou žádost. Účelem zpracování osobních údajů uvedených v této žádosti je správné, spravedlivé, nestranné a rovné rozhodnutí o přijetí dítěte do dětské skupiny. Prohlašuji, že jsem se seznámil s informací o ochraně osobních údajů uvedenou na www.klubquiq.cz/detska-skupina/
Beru na vědomí, že v případě rozhodnutí o nepřijetí mého dítěte do dětské skupiny jsou po dobu jednoho roku uchovávány osobní údaje v rozsahu jméno a příjmení žadatele, jméno a příjmení dítěte a registrační číslo.

Prohlašuji, že veškeré údaje, které jsem v žádosti uvedl/a, jsou úplné a pravdivé. Beru na vědomí, že v případě nepravdivosti uvedených údajů se mnou nebude uzavřena smlouva o poskytování péče o dítě v dětské skupině, nebo, byla-li již uzavřena, zástupce poskytovatele od smlouvy odstoupí.

Prohlašuji, že do vyrozumění o přijetí/nepřijetí mého dítěte do dětské skupiny nahlásím změny údajů uvedených v této žádosti. Pokud tak neučiním, jsem srozuměn/a s tím, že podle rozhodnutí zástupce poskytovatele může být postupováno stejně, jako kdybych v žádosti uvedl/a nepravdivé údaje.

V …… Dne……..

……
Podpis žadatele