



Číslo přihlášky:  Evidenční číslo dítěte:  Datum přijetí:  Přijal pracovník:

Vyplňte čitelně hůlkovým písmem. Údaje budou použity pouze pro účely přijetí dítěte do dětské skupiny.

**1. ÚDAJE O DÍTĚTI**

|                            |  |              |  |
|----------------------------|--|--------------|--|
| Jméno a příjmení dítěte:   |  |              |  |
| Datum narození:            |  | Rodné číslo: |  |
| Adresa trvalého pobytu:    |  |              |  |
| Zdravotní pojišťovna:      |  |              |  |
| Požadovaný termín nástupu: |  |              |  |

**2. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE Č. 1**

|                           |  |
|---------------------------|--|
| Jméno a příjmení:         |  |
| Adresa:                   |  |
| Telefon:                  |  |
| E-mail:                   |  |
| Zaměstnavatel:            |  |
| Pracovní pozice / funkce: |  |

**3. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE Č. 2**

|                           |  |
|---------------------------|--|
| Jméno a příjmení:         |  |
| Adresa:                   |  |
| Telefon:                  |  |
| E-mail:                   |  |
| Zaměstnavatel:            |  |
| Pracovní pozice / funkce: |  |



**4. DOCHÁZKA**

|                                    |                                                                                                                                             |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Počet dnů v týdnu:<br>(zaškrtněte) | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5      |
| Dny v týdnu:<br>(zaškrtněte)       | <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Út <input type="checkbox"/> St <input type="checkbox"/> Čt <input type="checkbox"/> Pá |
| Předpokládaný<br>příchod:          | _____ hod.                                                                                                                                  |
| Předpokládaný<br>odchod:           | _____ hod.                                                                                                                                  |

**5. STRAVOVÁNÍ A ZDRAVOTNÍ INFORMACE**

|                                            |  |
|--------------------------------------------|--|
| Alergie<br>(jaké):                         |  |
| Potravinové<br>intolerance:                |  |
| Pravidelně<br>užívané léky:                |  |
| Jiná zdravotní<br>omezení /<br>doporučení: |  |
| Poznámky:                                  |  |

**6. LÉKAŘSKÝ POSUDEK**

Zdravotní způsobilost dítěte:

- ☐ Zdravotně způsobilé  
☐ Způsobilé s omezením  
☐ Není zdravotně způsobilé

Očkování dle právních předpisů: ☐ ANO ☐ NE

Další vyjádření / omezení / doporučení lékaře:  
(prosíme o podrobnější popis zdravotního stavu dítěte)

Razítko dětského lékaře

Datum vyšetření:

Podpis lékaře:

Jméno lékaře (hůlkovým písmem):

**7. PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE**

Prohlašuji, že všechny uvedené údaje jsou pravdivé. Zavazuji se bezodkladně oznámit jejich změnu a při nástupu doložit všechny požadované dokumenty, včetně potvrzení o vazbě na trh práce, je-li vyžadováno.

Místo a datum:

Podpis zákonného zástupce: