



PŘIHLÁŠKA do dětské skupiny

Jméno a příjmení žadatele: **nar.:**
trvalý pobyt:
tel./email:
Jméno a příjmení dítěte: **rodné číslo:**
datum a místo nar.: **zdravotní pojišťovna:**
trvalý pobyt (jen je-li odlišný):

do dětské skupinyv Plzeň-Valcha, K Zelené louce 90 jejímž provozovatelem je
Montessori Plzeň, spolek, č.p. 304, Trnová, 330 13, IČ: 22839712.

ÚDAJE O DÍTĚTI:

zvláštnosti a důležité informace:
.....
.....
.....

Vyjádření lékaře:

Dítě může být přijato do zařízení mimoškolní péče pro děti:

1. je zdravé/ **řádně očkováno***
2. vyžaduje speciální péči v oblasti **
zdravotní
tělesné
smyslové
jiné (jaké)
jiná závažná sdělení o dítěti:

Alergie, závažná onemocnění, zábrana očkování

Možnost účasti na akcích (plavání, školka v přírodě, saunování apod.):

V..... dne

.....
Razítko a podpis lékaře

**/ vhodné zaškrtněte, doplňte ve smyslu § 50 zákona č.258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, v platném znění; příp. proč není očkováno (alergie, kontraindikace apod.),*

***/ vhodné zaškrtněte, doplňte*



Další informace pro vás:¹

Žádáme rodiče, aby nás o veškerých změnách údajů uvedených v přihlášce neprodleně informovali.

PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE

Já, níže podepsaný zákonný zástupce dítěte přihlašovaného do dětské skupiny (dále jen „DS“), uděluji tímto souhlas výše uvedené organizaci ke zpracování mnou poskytnutých osobních údajů včetně rodných čísel ve smyslu všech ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění a zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a rodných čísel, v platném znění. Svůj souhlas poskytuji pro účely vedení dokumentace DS. Souhlas poskytuji po celé období docházky mého dítěte do DS. Provozovatel DS se zavazuje neposkytnout tyto údaje dalším osobám a úřadům s výjimkou zákonem stanovených případů.

Zavazuji se, že neprodleně oznámím příslušné kompetentní osobě v DS jakékoli změny ve zdravotním stavu dítěte nebo případných omezeních spojených se změnou zdravotního stavu, které by mohly mít vliv na poskytování služby péče o dítě v DS, jakýkoliv výskyt přenosné choroby v naší rodině, nebo nejbližším okolí dítěte, onemocnění dítěte přenosnou chorobou nebo onemocnění osoby, s níž dítě přišlo do styku. Beru na vědomí, že v případě uvedení nepravdivých údajů, lze kdykoliv zrušit rozhodnutí o přijetí dítěte do DS, nebo jej vyloučit z DS.

Ve smyslu ustanovení § 84 a násl. zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, v platném znění, souhlasím/nesouhlasím* s pořizováním a se zveřejňováním obrazových a zvukových materiálů (fotografie, videa apod.) týkajících se mého dítěte za účelem prezentace DS na webových stránkách DS, facebookovém profilu DS a v písemných materiálech sloužících k prezentaci a propagaci DS.

Zároveň podpisem této listiny potvrzuji, že jsem četl/a a souhlasím s provozním řádem výše jmenované organizace, v platném znění k datu podpisu této přihlášky a zavazuji se, že budu plnit své povinnosti vyplývající z výše uvedených dokumentů, jakožto zákonný zástupce dítěte.

**/nehodící se škrtněte*

V Praze dne.....

Podpis zák. zástupce

¹ Zde je na místě uvést informace, které jsou pro rodiče závazné či jinak užitečné a praktické, FAQ apod. (např. splatnost školného a stravného, vyúčtování, systém přihlašování a odhlašování dítěte z DS, storno poplatky apod.).