**Žádost o umístění dítěte do Dětské skupiny Bublinky**

**na školní rok 2024/2025**

**Dítě**

Jméno: ................................................. Příjmení: ........................................................

Dat. 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: ......................................................

Tel. do práce: ......................................... Mobilní telefon: ............................................

Adresa místa pobytu ..................................................................................................

E-mail: ...........................................................................................................................

**Otec**

Jméno: ................................................... Příjmení: .......................................................

Tel. do práce: ......................................... Mobilní telefon: .............................................

Adresa místa pobytu ...................................................................................................

E-mail: ...........................................................................................................................

**Jiná pověřená osoba**

Jméno: ................................................... Příjmení: .......................................................

Tel. do práce: ......................................... Mobilní telefon: ............................................

Adresa místa pobytu ...................................................................................................

E-mail: ...........................................................................................................................

**Rozsah služeb**

pravidelné umístění dítěte na celý školní rok (zakroužkujte, o které dny máte zájem)

* PONDĚLÍ + ÚTERÝ + STŘEDA + ČTVRTEK + PÁTEK
* celý den / dopoledne cca od: ..............hod. do…….…hod
* s obědem / bez oběda
* termín nástupu: ………………………………………………....

příležitostné umístění dítěte – permanentka (rodiče si sami dítě přihlašují pouze ve volné kapacitě zařízení)

Datum: ………………. Podpis žadatele: ……………………..

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