**PŘIHLÁŠKA**

**do dětské skupiny v Nehvizdech**

Jméno a příjmení žadatele: ………………………….…………nar. ………………….……….

trvalý pobyt: ……………………………………………………………………………..….……

tel. /e- mail.: …………………………………………………………………………………..…..

Jméno a příjmení dítěte: …………………..……………. rodné číslo: ……………….….………

datum a místo narození: ……………………….……….. zdravotní pojišťovna: …………………

* do dětské skupiny Nehvizdy 2, jejímž provozovatelem je Základní škola a mateřská škola Nehvizdy, IČ: 75030365
* do dětské skupiny Městys Nehvizdy, jejímž provozovatelem je Městys Nehvizdy,

 IČ: 00240524

**ÚDAJE O DÍTĚTI:**

Zvláštnosti a důležité informace: ……………………………………………………………………

**Vyjádření lékaře:**

Dítě může být přijato do zařízení mimoškolní péče pro děti:

1. **Je zdravé ……………………………………………………**
2. **Řádně očkováno**\*………………………………………….
3. **Vyžaduje speciální péči** v oblasti\*\*zdravotní, tělesné, smyslové, jiné (jaké):

 ………………………………………………………………………………………………………………………

1. Jiná závažná sdělení o dítěti (alergie, závažná onemocnění, zábrana očkování):

……………………………………………………………………………………

V ……………………………………….dne……………………

 Razítko a podpis lékaře

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

\*\*nevhodné zaškrtněte, doplňte