



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

**ŽÁDOST O UMÍSTĚNÍ DÍTĚTE v dětské skupině Postřižín provozované obcí
Postřižín**

Žadatel: Jméno.....Příjmení.....

Vztah žadatele k dítěti:

Jméno zákonného zástupce dítěte (jen liší-li se od žadatele):

Dítě: Jméno.....Příjmení.....

Nástup dítěte do dětské skupiny:

Datum narození:

Adresa trvalého pobytu:

Adresa místa pobytu:

Zdravotní pojišťovna:

Zdravotní omezení: (alergie, dieta, epilepsie, úrazy, astma, diabetes mellitus, jiné nemoci, užívání léků, speciální potřeby atd.).....

.....

Jiná sdělení:

.....

Rozsah služeb (hodící se zaškrtněte):

Dlouhodobé umístění dítěte všechny pracovní dny v týdnu

Dlouhodobé umístění dítěte vybrané dny v týdnu (Po, Út, St, Čt, Pá)

Příležitostné umístění dítěte

Kontaktní údaje

Matka:

Jméno:Příjmení:

Tel. do zaměstnání: mobilní tel:

Adresa místa trvalého pobytu.....

Adresa místa pobytu:

Email:

Otec:

Jméno:Příjmení:

Tel. do zaměstnání: mobilní tel:

Adresa místa trvalého pobytu.....

Adresa místa pobytu:

Email:

Jiná pověřená osoba:

Jméno:Příjmení:

Tel. do zaměstnání: mobilní tel:

Adresa místa pobytu:

Email:

Datum:

Podpis žadatele: