**Žádost o umístění dítěte v dětské skupině Motýlek II.**

**Jméno žadatele** (zákonný zástupce dítěte)**:**

………………………………………………………………………………………………….

**Vztah žadatele k dítěti**:

………………………………………………………………………………………………….

**Dítě**

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

Věk……………………………………….

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**

dlouhodobé umístění dítěte

* všechny pracovní dny v týdnu/určité dny v týdnu:
* celý den / část dne od: ..........................hod. do………………hod

příležitostné umístění dítěte

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

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