

Žádost o umístění dítěte v DS při nemocnici, z.ú., DS Semily

Dítě

Jméno:..... Příjmení:

Datum narození:Zdravotní pojišťovna:.....

Adresa místa pobytu:

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

.....

Zákonní zástupci - údaje:

Matka

Jméno: Příjmení:

Datum narození: Číslo OP:

Telefon: Email:

Adresa trvalého bydliště.....

Otec

Jméno: Příjmení:

Datum narození: Číslo OP:

Telefon: Email:

Adresa trvalého bydliště

Jiná pověřená osoba

Jméno: Příjmení:

Vztah k dítěti:

Telefon:

Adresa místa pobytu:

Zákaz styku s nějakou osobou NE

ANO s kým (vztah k dítěti)

Požadovaný rozsah služeb

Denně ano ne od.....do.....
Určité dny v týdnu – které (zaškrtněte): Po Út St Čt Pá
Jiný režim ano ne jaký.....

Datum: Podpis žadatele:

Upozornění: Spolu se žádostí požadujeme před zahájením docházky potvrzení od lékaře o zdravotním stavu včetně potvrzení o očkování a potvrzení zaměstnavatele o tom, že je zákonný zástupce zaměstnán – formulář vydáme po dodání žádosti o umístění.

Vyjádření k přijetí dítěte: přijato od kdy
 nepřijato důvod.....

1 Liší-li se od adresy místa pobytu dítěte.

2 Nehodící se škrtněte.