**Centrum sociální pomoci Třinec, příspěvková organizace**
Máchova 1134 , 739 61 Třinec

středisko: **Dětská skupina PAMPELIŠKA**
Máchova 1134, 739 61 Třinec

# Žádost o umístění dítěte v Dětské skupině PAMPELIŠKA

## Údaje o přihlašovaném dítěti

| | |
|---|---|
| Jméno a příjmení dítěte | |
| Datum narození | |
| Trvalé bydliště | |
| Zdravotní pojišťovna | |

## Údaje o zákonných zástupcích

| | |
|---|---|
| Jméno a příjmení matky (zákonného zástupce) | |
| Trvalé bydliště | |
| E-mail | |
| Telefon | |
| Jméno a příjmení otce (zákonného zástupce) | |
| Trvalé bydliště | |
| E-mail | |
| Telefon | |

## Údaje o docházce dítěte

| | |
|---|---|
| Předpokládaný den nástupu dítěte do dětské skupiny | |
| Dítě bude v dětské skupině ve dnech (dny, hodiny) | den / od - do<br>Pondělí: ☐<br>Úterý: ☐<br>Středa: ☐<br>Čtvrtek: ☐<br>Pátek: ☐ |
| Důležité údaje o dítěti – režim dne, např. jídlo, spánek, pleny, WC, specifické potřeby apod. | |

**Nezapomeňte k žádosti přiložit:**

1. Potvrzení od lékaře o zdravotním stavu dítěte: „**Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k přijetí do dětské skupiny“**
2. **Potvrzení**:
   - v případě osob v pracovněprávním vztahu: Potvrzení o pracovněprávním vztahu;
   - v případě studenta/rekvalifikanta: Potvrzení o denní formě studia či účast na rekvalifikaci;
   - v případě osob v evidenci úřadu práce: Potvrzení o vedení v evidenci úřadu práce;
   - v případě OSVČ: Potvrzení o evidenci ČSSZ, z něhož bude patrné, že jsou placeny zálohy na pojistné na důchodovém pojištění a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti, případně čestné prohlášení o tomtéž.

| | |
|---|---|
| Datum a podpis rodiče (zákonného zástupce) | |

# POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K PŘIJETÍ DO DĚTSKÉ SKUPINY

Dle Zákona č. 247/2014 Sb., o poskytování služby péče o dítě v dětské skupině,
ve znění účinném od 1. 10. 2021

**POSUZOVANÉ DÍTĚ**

Jméno, popřípadě jména, a příjmení:

Datum narození:

**Účel vydání posudku: PŘIJETÍ DÍTĚTE DO DĚTSKÉ SKUPINY**

**POSUDKOVÝ ZÁVĚR:**

Posuzované dítě (vyberte)

a) je zdravotně způsobilé k nástupu do dětské skupiny
b) není zdravotně způsobilé k nástupu do dětské skupiny
c) je zdravotně způsobilé s tímto omezením:

Posuzované dítě trvale užívá léky:

Posuzované dítě má tyto alergie:

Jiné:

Posuzované dítě se (vyberte):

a) podrobilo všem stanoveným pravidelným očkováním
b) podrobilo stanoveným pravidelným očkováním
   s výjimkou……
   ……., protože je proti nákaze imunní
c) podrobilo stanoveným pravidelným očkováním
   s výjimkou……
   ……., protože má kontraindikaci, kvůli které se nemohlo tomuto pravidelnému očkování podrobit
d) nepodrobilo stanoveným pravidelným očkováním

Posudek vystaven dne:

Razítko a podpis lékaře:

Posudek převzala oprávněná osoba (jméno, příjmení, vztah k dítěti): ……..

V dne ----------

Podpis

- Rodič (zákonný zástupce dítěte) je povinen předložit tento „Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k přijetí do dětské skupiny“ před započetím poskytování služby v dětské skupině poskytovateli.
- Tento posudek má platnost do doby změny zdravotní způsobilosti dítěte.
- **Rodič je povinen dokládat změny ve zdravotní způsobilosti dítěte do 10 dnů ode dne vzniku změny.**