

okres Zlín, příspěvková organizace, Školní 850, 766 01 Valašské Klobouky

**ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE**

**DO DĚTSKÉ SKUPINY BERUŠKA**

**Zákonný zástupce dítěte**

Jméno a příjmení: ........................................................................................................................

Datum narození: ...........................................................................................................................

Trvalé bydliště: ............................................................................................................................

Kontaktní telefon: ........................................................................................................................

E-mail: ..........................................................................................................................................

Adresa pro doručování je shodná s adresou trvalého bydliště: ANO/ NE

Uveďte adresu pro doručování:.....................................................................................................

**Žádám o přijetí dítěte:**

Jméno a příjmení dítěte ………………………………………………………………………...

Datum narození: ........................................................................................................................

Trvalé bydliště:.............................................................................................................................

**Docházka dítěte do dětské skupiny:**

☐ 1 den v týdnu PO ÚT ST ČT PÁ v čase od 6:00 do 16:00

☐ 2 dny v týdnu PO ÚT ST ČT PÁ v čase od 6:00 do 16:00

☐ 3 dny v týdnu PO ÚT ST ČT PÁ v čase od 6:00 do 16:00

☐ 4 dny v týdnu PO ÚT ST ČT PÁ v čase od 6:00 do 16:00

☐ 5 dní v týdnu v čase od 6:00 do 16:00

V ..................................................................................dne……………………………………...

…………………………………………………….

podpis zákonného zástupce dítěte

Součást žádosti je potvrzení lékaře o očkování podle § 50 zákona č. 258/2000 Sb..