**PŘIHLÁŠKA do dětské skupiny Batole**

Jméno a příjmení žadatele: …………………………………………………., nar.: ………………………............................

trvalý pobyt: ………………………………………………….…, tel./email: …………………………………. ………………………..

Jméno a příjmení dítěte: ………………………………………………., rodné číslo: ………………….…. ……………………..

datum a místo nar.: …………………………………………., zdravotní pojišťovna: …..………………... ……………………

trvalý pobyt (jen je-li odlišný): …………………………………….........................………………..……….......................

 do dětské skupiny Batole, jejímž provozovatelem je Klubíčko Cheb, z. s., Křížovnická 99/4, 350 02 Cheb, IČ: 70848823.

Mám zájem o docházku nejdříve od :…………………………………………..v režimu………………………………….

**Vyjádření lékaře:**

Dítě může být přijato do zařízení mimoškolní péče pro děti:

1. je zdravé/ řádně očkováno\*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| termín  | název očkování  | ANO | NE  |
| 4-6- týden |  Tuberkulóza (pouze u rizikových dětí s indikací) |   |   |
| od 9. týdne  | Záškrt, tetanus, černý kašel, dětská obrna, žloutenka typu B, onemocnění vyvolaná Haemophilus influenzae typu B  |   |   |
| 4. měsíc | Záškrt, tetanus, černý kašel, dětská obrna, žloutenka typu B, onemocnění vyvolaná Haemophilus influenzae typu B |   |   |
| 11-13. měsíc |  Záškrt, tetanus, černý kašel, dětská obrna, žloutenka typu B, onemocnění vyvolaná Haemophilus influenzae typu b |   |   |
| 13-18. měsíc |  Spalničky, zarděnky, příušnice |   |   |

 2. vyžaduje speciální péči v oblasti \*\*

zdravotní

tělesné

smyslové

jiné (jaké)

jiná závažná sdělení o dítěti:

 Alergie, závažná onemocnění,: ……………………………………………………………………………………………………. …………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………..

Případné další důležité informace: ………………………………………………………………………………………………………

V…………………………… dne ……………….

………………………………………………

 Razítko a podpis lékaře

 \*/ vhodné zaškrtněte, doplňte ve smyslu § 50 zákona č.258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, v platném znění; příp. proč není očkováno (alergie, kontraindikace apod.), \*\*/ vhodné zaškrtněte, doplňte

 MATKA DÍTĚTE (zákonný zástupce)

 Jméno: ……………………………. Tel. do zaměstnání: …..….……………………… Příjmení: ………………………….. Mobilní telefon: …………………………………… Adresa: ………………………………….……………………………………..

E-mail: …………..………….………………………

OTEC DÍTĚTE (zákonný zástupce)

 Jméno: ……………………………. Tel. do zaměstnání: ………..…………………… Příjmení: .…………………………. Mobilní telefon: …………...……………………… Adresa: ...……………………………………………………………………..

E-mail: ……………………..………………………