

PŘIHLÁŠKA

DÍTĚ

Jméno: Příjmení:
Datum narození: Rodné číslo/číslo pasu:
Národnost: Mateřský jazyk:
Adresa: Zdravotní pojišťovna:
Specifika: (např. dieta, alergie, úrazy, jiné nemoci, např. diabetes (cukrovka), astma)
.....

MATKA

Jméno: Mobilní telefon:
Příjmení: Tel. do práce:
Adresa: E-mail:
Zaměstnavatel, povolání:

OTEC

Jméno: Mobilní telefon:
Příjmení: Tel. do práce:
Adresa: E-mail:
Zaměstnavatel, povolání:

JINÁ POVĚŘENÁ OSOBA

Jméno příjmení Mobilní telefon:
Adresa: E-mail:

ROZSAH SLUŽEB

Denně: Po – Pá od do
Určité dny v týdnu: Po – Út – St – Čt – Pá od do

Předpokládané datum nástupu:

Datum: Podpis:

Pozn. Před zahájením docházky požadujeme potvrzení od lékaře o zdrav. způsobilosti k přijetí a potvrzení o zaměstnání jednoho z rodičů.