**Příloha č. 1 - Přihláška dítěte do Dětské skupiny Sovička na školní rok 2021/2022

Žádost o umístění dítěte do Dětské skupiny Sovička**

**Poskytovatel:** Dopravní vzdělávací institut, a.s.

**Adresa sídla:** Prvního pluku 621/8a, 186 00, Praha 8 – Karlín

**Kontaktní osoba:** Bc. Marie Knoflíčková, vedoucí Dětské skupiny Sovička,
tel: +420 724 828 147, e-mail: sovicka@dvi.cz

|  |  |
| --- | --- |
| **Informace o dítěti:** |   |
| Jméno a příjmení dítěte: |  |
| Adresa bydliště: |  |
| Datum narození: |  |
| Zdravotní pojišťovna: |  |
| Plánované zahájení docházky (měsíc/rok): |  |
| Plánujete využívat docházku: | 1. celodenní
2. dopolední
3. odpolední
 |
| Plánujete využívat docházku: | 1. pondělí
2. útery
3. středa
4. čtvrtek
5. pátek
6. celý týden
 |
| Požadavky v oblasti zdravotní, stravování či jiné: |
| Další údaje o dítěti (důležité informace, co má dítě rádo, zkušenosti z jiného školského zařízení apod). |

|  |
| --- |
| **Informace o zákonných zástupcích dítěte:** |
|  | matka | otec |
| Jméno a příjmení: |  |  |
| Adresa bydliště: |  |  |
| Telefon (mobil): |  |  |
| Telefon (zaměstnání): |  |  |
| Email: |  |  |
| Žijete s dítětem ve společné domácnosti: | ANO / NE | ANO / NE |
| Zaměstnavatel rodiče: | a) společnost patřící do Skupiny ČDb) jiné: | 1. společnost patřící do Skupiny ČD
2. jiné:
 |

**U rozvedených rodičů:**

Dítě svěřeno do péče: ...............................................................................................................................

na základě rozsudku ………………………. soudu …………………………. v…………….. sp. zn. č. …………………….. ze

dne………………………………………………………………..

Umožnění styku druhého rodiče s dítětem v době: .................................................................................

**Potvrzení lékaře o zdravotní způsobilosti dítěte k docházce do Dětské skupiny Sovička**

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

Datum narození: ……………………………………………zdravotní pojišťovna…………………………………………………….

Adresa místa trvalého pobytu: …………...…………………………………………………………………………..…………………..

Poskytovatel zdravotních služeb vydávající zdravotní posudek: (název, adresa, IČ):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………

Posuzované dítě je způsobilé k docházce do Dětské skupiny Sovička:

a) bez omezení,

b) je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením),

c) není zdravotně způsobilé.

Zdravotní omezení: ………..……………………………………………………………………………………………………………………

Alergie: ………………………………………………………………………………………………………………………………….…………….

Dlouhodobě užívá léky: …………………………………………………………………………………………….………………………...

Jiná závažná sdělení: …………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………..……

………………………………………….......................................................................................................................

Dítě je řádně očkováno (vyjádření lékaře v souladu s ustanovením § 50 zákona č.258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů):

☐ Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, má doklad, že je proti nákaze imunní.

☐ Dítě se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci.

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

Razítko a podpis lékaře:

**Prohlášení zákonných zástupců**

My, níže podepsaní zákonní zástupce dítěte …………………………………………………………………………..…….., nar. …………………………………….………………………………..přihlašovaného do Dětské skupina Sovička (dále jen „DS“), udělujeme tímto souhlas společnosti Dopravní vzdělávací institut, a.s., jako poskytovateli služeb péče o dítě v DS (dále jen „poskytovatel“), ke zpracování námi poskytnutých osobních údajů dítěte s tím, že poskytovatel bude veškeré poskytnuté údaje chránit v souladu s Obecným nařízením o ochraně osobních údajů, zkráceně GDPR, plným názvem Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně [fyzických osob](https://cs.wikipedia.org/wiki/Fyzick%C3%A1_osoba) v souvislosti se zpracováním [osobních údajů](https://cs.wikipedia.org/wiki/Osobn%C3%AD_%C3%BAdaj) a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů), a budou použity výhradně pro potřeby DS.

Souhlas poskytujeme po celé období docházky dítěte do DS.

Současně prohlašujeme, že neprodleně oznámíme kontaktní osobě v DS jakékoli změny ve zdravotním stavu dítěte nebo případných omezeních spojených se změnou zdravotního stavu, které by mohly mít vliv na poskytování služby péče o dítě v DS, jakýkoliv výskyt přenosné choroby v nejbližším okolí dítěte, onemocnění dítěte přenosnou chorobou nebo onemocnění osoby, s níž dítě přišlo do styku.

Bereme na vědomí, že v případě uvedení nepravdivých údajů v „Žádosti o umístění dítěte do Dětské skupiny Sovička“, poskytovatel „Smlouvu o poskytovaní služeb péče o dítě v Dětské skupině Sovička“ (dále jen „Smlouva“) neuzavře, popřípadě Smlouvu již uzavřenou může vypovědět.

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

Podpisy zákonných zástupců dítěte:

............................................................… ............................................................…

 (jméno, příjmení) (jméno, příjmení)