

## Přihláška dítěte k zápisu do dětské skupiny Veselé kroky



Údaje o dítěti	
jméno a příjmení	
datum narození	
rodné číslo	
zdravotní pojišťovna	
adresa bydliště	

Údaje o matce dítěte*	
jméno a příjmení	
adresa bydliště	
telefon a e-mail	

Údaje o otci dítěte*	
jméno a příjmení	
adresa bydliště	
telefon a e-mail	

\* V případě, že je dítě ve výhradní péči / žije ve společné domácnosti pouze jednoho z rodičů, vyplňte údaje pouze za tohoto rodiče.

Veselé kroky z.s.

se sídlem Lexova 2376, Pardubice 53002  
IČ: 01806335

Dětská skupina Veselé kroky

Sedláčkova 447, Pardubice  
tel: 774836204

[www.veselekroky.cz](http://www.veselekroky.cz)

<b>Rozsah péče (zvolte pouze jednu možnost)</b>		
<input type="checkbox"/>	Celodenní docházka	Po - Út - Stř - Čtv - Pá
<input type="checkbox"/>	Dopolední docházka	
<input type="checkbox"/>	Odpolední docházka	

<b>Termín nástupu dítěte do dětské skupiny</b>	
--	--

Rodič je povinen neprodleně informovat poskytovatele o změně zdravotního stavu nebo případných omezeních spojených se změnou zdravotního stavu, které by mohly mít vliv na poskytování služby péče o dítě v dětské skupině. Rodič se zavazuje, že neprodleně oznámí pečující osobě výskyt přenosné choroby v rodině nebo nejbližší okolí dítěte, onemocnění dítěte přenosnou chorobou nebo onemocnění osoby, s níž dítě přišlo do styku.

Svým podpisem rodiče stvrzují pravdivost uvedených údajů a berou na vědomí, že uvedení nepravdivých údajů může mít za následek nepřijetí dítěte do Dětské skupiny Veselé kroky či zrušení rozhodnutí o přijetí dítěte do zařízení.

Poskytnuté osobní údaje podléhají ochraně zejména podle zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů a jsou zpracovávány na základě zákona 247/2014 Sb., o poskytování služby péče o dítě v dětské skupině a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

V Pardubicích dne

.....                                  .....

podpis matky                                  podpis otce

<b>Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte a potvrzení o očkování</b>	
<b>Jméno dítěte:</b>	<b>Datum narození:</b>
<b>Údaje o zdravotním stavu dítěte a případných omezení z něho vyplývajících, které by mohly mít vliv na poskytování služby péče o dítě v dětské skupině:</b>	
<b>Potvrzuji, že dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním nebo že je proti nákaze imunní anebo že se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci:</b>	
ANO	NE
..... Datum	..... razítko a podpis lékaře pro děti a dorost

Veselé kroky z.s.

se sídlem Lexova 2376, Pardubice 53002  
IČ: 01806335

**Dětská skupina Veselé kroky**

Sedláčkova 447, Pardubice  
tel: 774836204

[www.veselekroky.cz](http://www.veselekroky.cz)



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost

A. V případě zaměstnaných podpořených osob

## Potvrzení o postavení podpořené osoby na trhu práce

Podpořená osoba:	
Jméno a příjmení	
Datum narození	
Adresa trvalého pobytu	
Monitorovací období, pro které se potvrzení vydává	

### Potvrzení o pracovněprávním vztahu

*(vyplní podpořená osoba, která má uzavřen pracovněprávní nebo obdobný vztah nebo služební poměr - tedy pracovní smlouvu, dohodu o pracovní činnosti, dohodu o provedení práce, v případě obdobného vztahu např. smlouvu o výkonu funkce anebo rozhodnutí o přijetí do služebního poměru).*

Název zaměstnavatele:	IČ:
	Sídlo:
Podpořená osoba je zaměstnaná na základě: <input type="checkbox"/> prac. smlouvy <input type="checkbox"/> DPP <input type="checkbox"/> DPČ <input type="checkbox"/> jiného vztahu: .....	
Výše úvazku: .....	
Trvání smluvního vztahu:	<input type="checkbox"/> na dobu určitou od .....20.. do .....20... <input type="checkbox"/> na dobu neurčitou od .....20..



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost

Razítko zaměstnavatele:	Jméno, funkce a podpis osoby vydávající potvrzení  Datum vydání
-------------------------	--



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost

B. V případě podpořených osob v procesu vzdělávání nebo absolvující rekvalifikace

## Potvrzení o postavení podpořené osoby na trhu práce

Podpořená osoba:	
Jméno a příjmení	
Datum narození	
Adresa trvalého pobytu	
Monitorovací období, pro které se potvrzení vydává	

### **Potvrzení o studiu či účasti na rekvalifikaci**

*(vyplní podpořená osoba, která je v procesu vzdělávání či odborné přípravy nebo získává kvalifikaci v akreditovaném rekvalifikačním kurzu)*

Název školy / poskytovatele akreditovaného rekvalifikačního kurzu:	IČ:
	Sídlo:
Podpořená osoba:	
<input type="checkbox"/> je studentem/studentkou prezenčního nebo kombinovaného studia.	<input type="checkbox"/> je účastníkem/účastnicí akreditovaného rekvalifikačního kurzu.
Počátek školního roku: .....	Název kurzu:.....
Počátek studia: .....	Trvání kurzu:
Ukončení studia ( <i>pokud studium v době vydání potvrzení není ukončeno, nevyplňujte</i> ): .....	Od .....
	Do .....



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost

Razítko školy/poskytovatele kurzu:	Jméno, funkce a podpis osoby vydávající potvrzení
	Datum vydání

C. V případě podpořených nezaměstnaných osob, které aktivně hledají práci

## Potvrzení o postavení podpořené osoby na trhu práce

Podpořená osoba:	
Jméno a příjmení	
Datum narození	
Adresa trvalého pobytu	
Monitorovací období, pro které se potvrzení vydává	

### **Potvrzení o vedení v evidenci úřadu práce**

*(vyplní podpořená osoba, která je vedena v evidenci uchazečů o zaměstnání)*

Úřad práce v

tímto potvrzuje, že výše uvedená osoba je/byla vedena v evidenci uchazečů o zaměstnání

od . . 20 ...

do . . 20 ...

k datu vydání tohoto potvrzení.



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost

Razítko ÚP	Jméno a podpis osoby vydávající potvrzení  Datum vydání
------------	---