 **Mateřská škola Mozaika Jihlava, Březinova 114, příspěvková organizace,**

**Březinova 114, 586 01 tel. 567313536 ID datové schránky: yfnuztx**

**pracoviště Seifertova 4a ODDĚLENÍ PÉČE PRO DĚTI OD 1- 2 let**

1. **ŽADATEL (zákonný zástupce dítěte)**

**Jméno a příjmení:**

Trvalý pobyt: Adresa pro doručování:

Kontaktní telefon: e-mail:

**DÍTĚ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení:** |  **Datum narození:** |
|   |   |
| Rodné číslo:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |  Trvalý pobyt: |
|   |   |
| Místo narození: |  Státní občanství: |
|   |   |
| Dětský lékař (jméno): |  Zdravotní pojišťovna: |
|   |   |
| Prohlášení rodičů o zdravotním stavu dítěte: |   |
|   |   |
|  |   |

**ZÁKONNÍ ZÁSTUPCI**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení:Zaměstnání: |  telefon: |
|   |   |
| Jméno a příjmení:Zaměstnání: |  telefon: |
|   |   |
|  |  |
|   |   |
| Termín nástupu dítěte do MŠ: | Další sdělení podstatná pro přijetí: |
|   |   |
|  Kontakt při náhlém onemocnění dítěte: |   |

**Upozornění: Do oddělení péče pro děti od 1-2 let jsou přijímány děti pouze zaměstnaných rodičů. Oba rodiče doloží k žádosti potvrzení zaměstnavatele, že v termínu nástupu dítěte pracují.**

**PROHLÁŠENÍ:**

1. Prohlašuji, že jsem v této žádosti uvedl pravdivé údaje.
2. Prohlašuji, že jsem byl seznámen se všemi podmínkami přijetí do **ODDĚLENÍ PÉČE PRO DĚTI OD 1- 2 let** a souhlasím s nimi.
3. Veškeré písemnosti budou předávány nebo zasílány zákonnému zástupci:

Jméno a příjmení:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa pro zasílání písemností:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

V Jihlavě, dne

 ……………………………………………….

 Podpis žadatele

 (zákonného zástupce)