



## Dítě

Jméno: ..... Národnost: .....  
Příjmení: ..... Datum narození: .....  
Pohlaví: ..... Rodné číslo:/ číslo pasu: .....  
Adresa: ..... Zdravotní pojišťovna: .....

Specifika: dieta, alergie, úrazy, jiné nemoci – diábetes, astma.

**Jaký typ programu bude dítě navštěvovat:.....**

## Matka

Jméno: ..... Tel. do práce: .....  
Příjmení: ..... Mobilní telefon: .....  
Adresa: ..... e-mail: .....  
Rodný jazyk: ..... Zaměstnavatel: .....

## Otec

Jméno: ..... Tel. do práce: .....  
Příjmení: ..... Mobilní telefon: .....  
Adresa: ..... e-mail: .....  
Rodný jazyk: ..... Zaměstnavatel: .....

## Jiná pověřená osoba

Jméno: ..... Tel. do práce: .....  
Příjmení: ..... Mobilní telefon: .....  
Adresa: ..... e-mail: .....  
Rodný jazyk: ..... Zaměstnavatel: .....

Datum:

Podpis:

Před zahájením docházky požadujeme:

Potvrzení od lékaře o pravidelném očkování.

Potvrzení od lékaře o zdravotním stavu.