ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE DO DĚTSKÉ SKUPINY

Dětská skupina RADUŠKA z.s.

se sídlem: ZAČÍT SPOLU Základní škola a Mateřská škola Kadaň

Kpt. Jaroše 612, Kadaň 432 01

Zákonný zástupce dítěte			
Jméno a příjmení:			
Doručovací adresa:			
Žádá o přijetí dítěte			
Jméno a příjmení:			
Datum narození:			
Rodné číslo přidělené v ČR:		**Rodné číslo přidělené v zahraničí:**	
Jiný identifikující doklad vydaný v ČR/číslo:			
Trvalé bydliště (v ČR nebo v zahraničí):			
Aktuální adresa pobytu v ČR:			
Státní občanství:			
Mateřský jazyk:			
Kontaktní email, telefon:			
Požadovaný datum nástupu dítěte do dětské skupiny:			
O jakou docházku máte zájem (počet dnů v týdnu):	**2 dny**	**3 dny**	**5 dnů**
O jaké dny máte zájem:	PO	ÚT ST ČT	PÁ
Máte zájem o umístění dítěte v Začít spolu po celý předškolní věk (do 6 let):		ANO	NE
Matka:	Jméno, příjmení:		
	E-mail, telefon:		
Otec:	Jméno, příjmení:		
	E-mail, telefon:		
Jiný požadavek zákonného zástupce dítěte (potravinové alergie, zvláštní režim, apod…..)			
RODIČOVSKÝ PŘÍSPĚVEK:			
Pobírám:	ANO	do: _____	NE
V		dne:	
Podpis zákonného zástupce dítěte:			