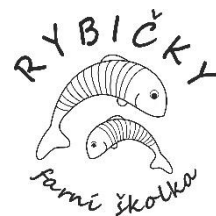




Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



PŘIHLÁŠKA DO DĚTSKÉ SKUPINY

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

Rodné číslo:

Adresa bydliště:

Zdravotní pojišťovna:

Jméno a příjmení dětského lékaře, telefon:

Dítě bude navštěvovat dětskou skupinu: celodenně (po dobu min.6 hodin) nebo
půldenně (po dobu min.3 hodin) a to od 6.30 do 17.00 hodin.

Pondělí

Úterý

Středa

Čtvrtek

Pátek

Matka

Jméno a příjmení:

E-mail:

Telefon:

Otec

Jméno a příjmení:

E-mail:

Telefon:

Dítě mohou vyzvedávat tyto osoby (nutno vyplnit všechny údaje):

jméno, příjmení, vztah, bydliště, telefon

Datum a podpis zákonného zástupce.....

Projekt: „Dětská skupina Valašské Meziříčí“ (reg. č.: CZ.03.1.51/0.0/0.0/17_073/0008243)