

Přihláška dítěte k zápisu do dětské skupiny Bobřici

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	

Údaje o dalších osobách, které jsou rodiči pověřeny k vyzvedávání dítěte z dětské skupiny	
jméno a příjmení	
adresa bydliště	
telefon	
jméno a příjmení	
adresa bydliště	
telefon	
jméno a příjmení	
adresa bydliště	
telefon	
jméno a příjmení	
adresa bydliště	
telefon	

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

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

Vyplněním přihlášky nevzniká nárok na přijetí dítěte do dětské skupiny. O přijetí dítěte do dětské skupiny bude rodič písemně informován.

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.

Informace o postavení rodiče na trhu práce:

Postavení na trhu práce	Zaměstnán	Proces rekvalifikace	Vedený na úřadu práce	OSVČ
Matka				
Otec				

(označte X)

V Praze dne

.....

podpis matky

.....

podpis otce

Posudek lékaře o zdravotní způsobilosti dítěte k docházce do Dětské skupiny Ježek

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození: Zdravotní pojišťovna:

Adresa místa trvalého pobytu:

Poskytovatel zdravotních služeb vydávající zdravotní posudek (název, adresa, IČ):

.....
.....

Posuzované dítě je způsobilé k docházce do Dětské skupiny Ježek (zakroužkujte):

- a) bez omezení,
- b) je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením),
- c) není způsobilé.

Zdravotní omezení:

Alergie:

Dlouhodobě užívá léky:

Jiná závažná sdělení:

Potvrzení dětského lékaře, že se dítě podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci dle ustanovení §50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.

Vyjádření lékaře k očkování:

Očkování TE (tetanus) dne:

V Dne

Razítko a podpis lékaře.....

Souhlas se zpracováním osobních údajů prostřednictvím kamerového systému s obrazovým záznamem

Já(titul, jméno, příjmení)

uděluji

**DS Ježek z.s. jako provozovateli Dětské skupiny Bobřici, Slezská 2138/114, 130 00 Praha 3,
IČ: 06429611**

souhlas se zpracováním osobních údajů prostřednictvím obrazového záznamu kamerového systému, provozovaného za účelem ochrany majetku a zdraví.

Osobní údaje bude zpracovávat zpracovatel: **DS Ježek z.s., Údolní 1147, Pha 4, IČ: 06429611**
Osobní údaje budou zpřístupněny v případě mimořádných událostí orgánům činným v trestním řízení nebo správním orgánům pro vedení přestupkového řízení apod..

Kamerový systém se skládá z 1 kamery umístěné u vchodu do budovy v prostoru hlavního vchodu, šatny, herny, jídelny a pracovní části školky, a to v provozovně zpracovatele na adrese Dětská skupina **Bobřici, Slezská 2138/114, 130 00 Praha 3**

Záznamy budou uchovány po dobu 3 dní a režim kamerového systému je na základě detekce pohybu.

Souhlas se zpracováním je udělen na dobu neurčitou.

Byl/Byla jsem informován/informována o právu na přístup k osobním údajům v souladu s §12 a o právu žádat vysvětlení nebo odstranění vzniklého stavu v souladu s § 21 zákona č. 101/2000 sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

.....

místo, datum, podpis