**Žádost o přijetí dítěte
do Dětské skupiny Brodští broučci Havlíčkův Brod**

Provozovatel: Oblastní charita Havlíčkův Brod, B. Němcové 188, 580 01 Havlíčkův Brod

Zastoupené: Ing. Kateřinou Svobodovou, statutární zástupce

Kontakt: Jana Houlíková, koordinátorka: 734 261 529; broucci@charitahb.cz

Projekt Podpora implementace dětských skupin MPSV číslo: **CZ.03.1.51/0.0/0.0/19\_111/0015450**

Přihlášky do Dětské skupiny přijímáme průběžně i v době, kdy je kapacita naplněna. Zároveň přijímáme i žádosti o nepravidelnou docházku (náhradníky).

Služba je poskytována za úplatu dle ceníku při splnění podmínek přijetí.

1. **Informace o žadateli - jméno a příjmení (zákonný zástupce dítěte)**

……………………………………………………………………………………………………………

1. **Adresa trvalého bydliště**

……………………………………………………………………………………………………………

1. **Prohlášení o vazbě na trh práce obou rodičů, případně jiné osoby pečující o dítě ve společné domácnosti. V případě střídavé péče stačí uvést údaje z jedné domácnosti, kde dítě pobývá (při přijetí bude vyžadováno potvrzení o vazbě na trh práce) – vyberte**
* **HPP – hlavní pracovní poměr**
* **DPČ – dohoda o provedení činnosti**
* **DPP – dohoda o provedení práce**
* **OSVČ – osoba samostatně výdělečně činná**
* **Student/studentka**
* **Rekvalifikace**
* **Jiná možnost**……………………………………………………………………………………
1. **Informace o dítěti - jméno, příjmení a datum narození**

……………………………………………………………………………………………………………

1. **Informace o sourozenci, který již Dětskou skupinu navštěvuje - jméno a příjmení**

……………………………………………………………………………………………………………

1. **Požadovaný rozsah služby - zaškrtněte příslušné dny ve kterých chcete službu využívat a doplňte počet hodin (např. pondělí 6 hodin atd.). Minimální rozsah je 3 hod/den**

**\*pondělí…………………………………………………………………………………………**

**\*úterý……………………………………………………………………………………………**

**\*středa…………………………………………………………………………………………**

**\*čtvrtek…………………………………………………………………………………………**

**\*pátek…………………………………………………………………………………………**

1. **Požadavek na speciální péči**

……………………………………………………………………………………………………………

1. **Kontakt – telefon, e-mail**

……………………………………………………………………………………………………………

**Informace o podmínkách přijetí dítěte do Dětské skupiny**

**-** Prokazatelná vazba na trh práce alespoň jednoho z rodičů případně jiné osoby pečující o dítě ve společné domácnosti. V případě střídavé péče stačí údaje z jedné domácnosti, kde dítě žije.

- Věk dítěte od 1 roku do zahájení povinné školní docházky.

- Potvrzení, že se dítě podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, nebo že je proti nákaze imunní, nebo že se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci.

**Kritéria přijetí dítěte do Dětské skupiny:**

- datum podání přihlášky

- rozsah požadované služby

- věk dítěte vzhledem ke zbytku kolektivu z hlediska bezpečné péče

- bydliště na území města Havlíčkův Brod a jeho místních částech

- sourozenec, který již dětskou skupinu navštěvuje

Přihlášky posuzuje provozovatel.

**Souhlas se zpracováním osobních údajů**

Informace o účelu shromažďování uvedených osobních údajů.

Poskytnuté osobní údaje shromažďujeme za účelem posouzení přijetí dítěte do dětské skupiny.

Údaje budou shromažďovány po dobu trvání projektu.

Svůj souhlas můžete odvolat na e-mailové adrese broucci@charitahb.cz.

Na uvedené adrese také obdržíte odpovědi na případné dotazy.

Vyberte jednu z možností:

\*Souhlasím

\*Nesouhlasím

**Vyplněno v Havlíčkově Brodě dne:**………………………… …

**Přihlášku vyplnil/vyplnila (jméno případně podpis)**

**…………………………………………**……………………………………………………………………………