Datum podání: ………………. Požadovaný termín umístění: …………………

**Přihláška dítěte do zařízení**

**Dětské skupiny a rehabilitační stacionář**

Bratří Čapků 277, Příbram VII - 26101

tel. 318 626 114

|  |
| --- |
| **Dítě** |
| Příjmení a jméno: datum narození: |
| Bydliště: ulice a číslo: |
| ZP: |
| **Otec** |
| Příjmení a jméno: datum narození: |
| * V zaměstnaneckém nebo služebním poměru * Veden na ÚP * Student (denní forma) * Osoba samostatně výdělečně činná |
| Telefonický kontakt během dne: |
| **Matka** |
| Příjmení a jméno: datum narození: |
| * V zaměstnaneckém nebo služebním poměru * Vedena na ÚP * Student (denní forma) * Osoba samostatně výdělečně činná |
| Telefonický kontakt během dne: |

**Odůvodnění:**

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

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

**I. Pobyt dítěte v zařízení**

* Délka pobytu dítěte v zařízení se řídí platnou legislativou, upravující službu péče o dítě v DS a dále legislativou upravující rodičovský příspěvek a příspěvek na péči.
* Před nástupem do zařízení je nutné k přihlášce přiložit formulář „ Zpráva o zdravotním stavu dítěte před přijetím do zařízení“ potvrzený registrujícím praktickým lékařem pro děti a dorost. Potvrzení nesmí být starší 3 dnů. U dětí přijímaných do rehabilitačního stacionáře je nutné doložit vyjádření příslušných specialistů, v jejichž péči je dítě registrováno.
* Vrací-li se dítě do zařízení po předchozí nepřítomnosti z důvodu nemoci, je nutno předložit potvrzení o bezinfekčnosti od lékaře nebo čestné prohlášení zákonného zástupce (dokladování bezinfekčnosti dítěte při návratu po nemoci do zařízení).

**II. Úhrada poplatků**

**Příspěvek na provoz**

Výše byla stanovena rozhodnutím Rady města Příbram usnesením č. 694/2020 s účinností od   
 1. 9. 2020 a je hrazena v souladu s interním pokynem zařízení.

**Stravné** – úhrady za stravné byly schváleny Radou města Příbram usnesením č. 693/2020 RM

s účinností od 1. 9. 2020.

Nepřítomnost dítěte je nutné hlásit 24 hodin předem, v případě akutního onemocnění do 8 hodin

téhož dne. V těchto případech je nutné dodatečně doložit potvrzení ošetřujícího lékaře. Při nedodržení

této podmínky bude rodičům účtováno **stravné** za tento den v plné výši.

**III. Výukové pracoviště**

Dětské skupiny a rehabilitační stacionář jsou výukovým pracovištěm.

Podpisem této přihlášky dávají rodiče nebo jiní zákonní zástupci dítěte souhlas s nahlížením do zdravotnické dokumentace všem osobám získávajícím způsobilost k výkonu zdravotnického či jiného oborově blízkého povolání, (např. studentům zdravotnických škol). Všichni pracovníci, včetně studentů vykonávající v zařízení odbornou praxi, jsou vázáni mlčenlivostí.

**IV. závěrečná ustanovení**

Podpisem přihlášky rodiče potvrzují, že byli seznámeni s vnitřními pokyny a řády zařízení.

Prohlašuji, že veškeré výše uvedené údaje jsou pravdivé. Jsem si vědom (a) právních následků,

v případě uvedení nepravdivých údajů.

Další formuláře a přílohy k přihlášce Vám předáme osobně přímo v zařízení.

…………………. ……………………………….

datum podpis zákonných zástupců