**PŘIHLÁŠKA – KLUB ROSNIČKA 2022/2023**

**Jméno a příjmení dítěte:………………………………………………………………………**

**Adresa:………………………………………………………………….....**

**Datum narození:…………………………………………………………**

**Rodiče:**

**Matka:**

**Jméno a příjmení: …………………………………………………………**

tel/mobil: ..**…………………………………………………………………….**

e-mail**: ……………………………...........................................................**

číslo OP:**……………………………………………....................................**

datum narození:………………………………….......................................

**Otec:**

**Jméno a příjmení: …………………………………………………………..**

tel/mobil: ..**…………………………………………………………………….**

e-mail**: ……………………………...........................................................**

číslo OP:**…………………………………………….....................................**

datum narození:………………………………….......................................

**Další osoby oprávněné vyzvedávat dítě z Rosničky:**

**Jméno a příjmení: …………………………………………………………**

tel/mobil: ..**…………………………………………………………………...**

číslo OP:**……………………………………………...................................**

datum narození:…………………………………......................................

**Výše uvedená/ý dcera/syn je:**bez plen / na plenách (zakroužkujte vyhovující)

**U svého dítěte chci upozornit na:**(alergie, zdravotní problém, hyperaktivita, přecitlivělost

a jiné, co považujete za nutné sdělit učitelkám ve třídě)

**………………………………………………………………………………………….......**

……………………………………………………………………………………………...

**Dítě bude přicházet:**

pravidelná docházka (dny v týdnu, vyberte které).

Pondělí, úterý, středa, čtvrtek a pátek dopolední provoz 8:00 – 12:30 hod.

Cena za dopolední provoz: 390 Kč (1-2 dny v týdnu), 370 Kč (3 - 4dny v týdnu),

350 Kč (5 dní v týdnu).

**1 – 2 dny v týdnu …………………………………………………………………**

**3 – 4 dny v týdnu …………………………………………………………………**

**5 dní v týdnu …………………………………………………………………**

**Prohlašuji, že budu dodržovat provozní řád Rosničky zveřejněný našich webových stránkách** www.medlanci.cz .

Potvrzuji, že výše uvedené informace jsou pravdivé a že si nejsem vědom/a jiných závažných potíží mého dítěte. Jsem si vědom/a právních důsledků, které by mne postihly, kdyby toto mé prohlášení bylo nepravdivé.

Odesláním nebo odevzdáním tohoto formuláře souhlasím se Zásadami ochrany osobních údajů DK Medlánci z.s. dostupnými na webových stránkách DK Medlánci.\*

V Brně dne Podpis zákonného zástupce

…………………………                            ………………………………………..