

Zdravotní pojišťovna dítěte:

Kartička pojišťovny:

MÍSTO NA VLEPENÍ KOPIE KARTIČKY.

Zdravotní omezení dítěte:

Prosíme o důsledné vyplnění:
alergie, charakter onemocnění
způsob ošetření, poskytnutí pomoci, podávání léků

potvrzeno lékařem

S údaji poskytnutými v přihlášce je nakládáno podle zákona č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

Prohlášení zákonného zástupce:

- byl/a jsem seznámen/a s podmínkami účasti v CPD, včetně termínu splatnosti uhrazení úplaty
- souhlasím s členstvím dítěte v CPD
- souhlasím s tím, že fotografie a filmový materiál pořízené při činnosti mohou být zveřejněny a použity pro potřeby DDM Praha 9
- beru na vědomí, že při neuhrazení úplaty do daného termínu přihláška zaniká a není možná účast v CPD
- chci zasílat informace o činnosti DDM na uvedený e-mail

podpis zákonného zástupce

Vyplňuje DDM:

Datum a čas doručení přihlášky:

VS: