ŽÁDOST O ODLEHČOVACÍ SLUŽBU

Poskytovatel služby:

Dětská odborná léčebna Charlotty G. Masarykové, pobočný spolek ČČK.

Adresa: Bukovany 1, 262 72 Březnice

Telefon: 606 051 656

E-mail: info@zamekagm.cz

I. Osobní údaje dítěte

• Jméno a příjmení dítěte: .....

• Datum narození: .....

• Rodné číslo: .....

• Adresa trvalého bydliště: .....

• Kontaktní adresa (pokud je odlišná): .....

II. Údaje o rodičích / zákonných zástupcích

• Jméno a příjmení matky: .....

• Telefon: .....

• E-mail: .....

• Adresa (pokud je odlišná od adresy dítěte): .....

• Jméno a příjmení otce: .....

• Telefon: .....

• E-mail: .....

• Adresa (pokud je odlišná od adresy dítěte): .....

III. Další důležité informace

• Trvání žádosti (datum požadovaného zahájení pobytu, délka pobytu):

.....

• Důvody žádosti o umístění (krátký popis situace, např. odlehčení rodině, potřeba péče v době nepřítomnosti rodičů aj.):

……

……

IV. Kontaktní osoby v případě nouze

1. Jméno a příjmení: ……

• Vztah k dítěti: ……

• Telefon: ……

• E-mail: ……

2. Jméno a příjmení: ……

• Vztah k dítěti: ……

• Telefon: ……

• E-mail: ……

V. Souhlas a podpis

Tímto žádám o umístění mého dítěte do odlehčovací pobytové služby u výše uvedeného poskytovatele služby. Prohlašuji, že všechny uvedené informace jsou pravdivé a úplné.

Vyplní rodič / zákonný zástupce:

Jméno a příjmení:

Datum:

Podpis:

Vyplní poskytovatel:

Datum přijetí žádosti:

Jméno pracovníka přijímajícího žádost:

Podpis: