**Žádost zaměstnaných zákonných zástupců o zajištění dohledu nad dětmi**

**z oblasti ORP Litvínov**

**Vyplňte hůlkovým písmem**

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

Datum narození: ……………………………………………………………………….

Trvalé bydliště: ……………………………………………………………………….

Název a adresa kmenové školy: ………………………………………………………………………

Jméno a příjmení zákonných zástupců: ……………………………………………………………………….

Matka: ……………………………………………………………………….

Otec: ……………………………………………………………………….

Trvalé bydliště: ……………………………………………………………………….

Zaměstnání: ……………………………………………………………………….

Telefon: ……………………………………………………………………….

**Požadavek délky dohledu v ZŠ**: 8:00 – 12:00 hod 12:00 – 16:00 hod 8:00 – 16:00 hod **(zakroužkujte požadované).**

**Požadavek délky dohledu v MŠ** domluvíte při příjmu dítěte do zařízení,

**Nutný doprovod dítěte jedním z rodičů nebo písemně pověřené dospělé osoby do školy i zpět.**

Byl jsem informován/a a poučen/a o dodržování hygienických zásad a převzal/a jsem Informace pro zaměstnané rodiče z oblasti ORP Litvínov a souhlasím s nimi.

Souhlasím se zpracováním výše uvedených osobních údajů dítěte a zákonných zástupců a rozumím jim.

V Litvínově dne:

Podpis zákonného zástupce: