****

**Domov pro rodinu, z.s.**

**Lanškrounská 245/73**

**571 01 Moravská Třebová**

**IČO 682 08 553**

**tel.: 732 680 459**

**e-mail:** [**domovprorodinu@seznam.cz**](mailto:domovprorodinu@seznam.cz)

**Most naděje – azylový dům pro rodiče s dětmi**

***Prohlášení o zdravotní způsobilosti dětí žadatelů***

Část I. a III. vyplní žadatelé o sociální službu. **Část II. musí vyplnit dětský lékař**.

**Bez posudku lékaře nemohou být děti žadatelů přijati do sociální služby.**

**Část I. – údaje o žadatelích**

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

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

Adresa trvalého bydliště:………………………………………………….…………………………………………………….

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

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

Adresa trvalého bydliště:…………………………………………………………………………………………………………

**Část II. – údaje o dětech žadatelů, posudek lékaře**

Jména, příjmení a data narození dětí, které budou využívat sociální službu spolu s žadateli.

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**- je/není zdravotně způsobilé\***

2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**- je/není zdravotně způsobilé\***

3.­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**- je/není zdravotně způsobilé\***

4.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**- je/není zdravotně způsobilé\***

5.­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**- je/není zdravotně způsobilé\***

6.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**- je/není zdravotně způsobilé\***

7.­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**- je/není zdravotně způsobilé\***

V……………………………………………………………….……….. dne …………..……………………………….

Razítko a podpis lékaře

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*Nehodící se škrtněte**

**Část III. – prohlášení žadatelů**

Prohlašujeme, že všechny údaje jsou pravdivé a není nám známo, že by děti v posledních 14 dnech přišly do styku s infekčním prostředím nebo osobami, které by měly infekční onemocnění, nebo byly podezřelé z nákazy. Zároveň jim ani nebylo nařízeno karanténní opatření.

***Toto prohlášení nesmí být starší více než jeden den od uzavření Smlouvy o poskytování sociální služby.***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum a podpis žadatelky o sociální službu

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum a podpis žadatele o sociální službu