

**Oblastní charita Rokycany**

Sídlo organizace: kontaktní adresa: tel.371 594 970 č.ú. 842500319/0800
nám. Josefa Urbana 52, Dělostřelců 1251 ochrokycany@seznam.cz IČO 48 38 01 99
337 01 Rokycany 337 01 Rokycany www.charitarokycany.cz

Denní stacionář Pohodička, Dělostřelců 1251, 337 01 Rokycany**Žádost o přijetí**

Příjmení, jméno klienta:	Datum narození:
Trvalý pobyt / včetně PSČ, telefon/	
Příjmení, jméno zákon. zástupce, opatrovníka /povinný údaj u klientů s omezenou právní způsobilostí/	Datum narození:
Trvalý pobyt /včetně PSČ, telefon/	
Adresa pro doručování / je-li odlišná od trvalého pobytu/	
Ošetřující lékař klienta	
Navštěvoval/a školu: a) základní devítiletou školu (uved'te druh školy, např. základní devítiletá škola pro tělesně postižené, základní škola speciální ve školním roce/..... až/..... v (adresa školy) b) další vzdělávání – školy, učební obory ve školním roce/.....až/..... v (adresa školy).....	
Navštěvuje školu (název)..... postupný ročníkvkraj	
Byla omezena způsobilost k právním úkonům usnesením okresního soudu ANO NE	

* Nehodící se škrtněte

Zákonní zástupci klienta /nesvéprávného		
Příjmení a jméno		
Vztah k dítěti, opatřenci		
Trvalý pobyt /včetně PSČ, telefon/		
Příbuzní nebo jiné osoby, které by byly ochotny postarat se v příp. naléhavé potřeby		
Jméno a příjmení	Trvalý pobyt (včetně PSČ, telefon)	

Další skutečnosti, které je nutno sdělit:	
<p>Prohlášení klienta (zákonného zástupce): Beru na vědomí, že jmenovaný klient může nastoupit do stacionáře až po vyzvání. Souhlasím s tím, aby mi /mu/ zde byla poskytnuta komplexní péče. Zavazuji se dodržovat vnitřní pravidla denního stacionáře Pohodička.</p>	
<p>..... datum</p>	<p>..... Podpis klienta /zástupce/</p>

<p>Přílohy: Vyjádření lékaře o zdravotním stavu – tiskopis</p>
--