

ŽÁDOST O POVOLENÍ ČINNOSTI DÍTĚTE

(§ 122 odst. 3 a 4. zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů)

Zákonný zástupce vyplní části A) a B)**A) Identifikační údaje dítěte:**

Příjmení:		Rodné příjmení:	
Jméno:			
Datum narození:		Místo narození:	
Rodné číslo ¹ :		Státní občanství:	

Adresa bydliště²:

Ulice:		Číslo popisné – orientační:	
Obec		PSČ	

Povinná školní docházka bude zahájena dne ³ :	
Povinná školní docházka bude ukončena dne ⁴ :	

B) Identifikační údaje zákonného zástupce

Příjmení:		Rodné příjmení:	
Jméno:		Titul:	
Datum narození:		Místo narození:	
Rodné číslo ⁵ :		Státní občanství:	

Adresa bydliště⁶:

Ulice:		Číslo popisné – orientační:	
Obec		PSČ	

Kontaktní adresa⁷:

Ulice:		Číslo popisné – orientační:	
Obec		PSČ	

Kontaktní údaje:

Telefon:		E-mail:	
ID datové schránky:			

C) Souhlas dítěte⁸:

Souhlasím s vykonáváním činnosti uvedené v žádosti:	
V	dne
podpis dítěte	

D) Lékařský posudek praktického lékaře pro děti a dorost⁹:

Činnost uvedená v žádosti o povolení činnosti dítěte, kterou bude dítě vykonávat a doba jejího konání JE – NENÍ ze zdravotního hlediska pro dítě přiměřená a dítě JE – NENÍ způsobilé ze zdravotního hlediska tuto činnost vykonávat.	
Datum vydání posudku:	razítko a podpis lékaře
V	dne
podpis zákonného zástupce	

¹ Uveďte jen pokud bylo přiděleno.² Uveďte trvalý pobyt dítěte na území ČR, a pokud jej nemá uveďte adresu místa, kde se na území ČR zdržuje.³ Vyplňte u dítěte, které ještě neplní povinnou školní docházku.⁴ Vyplňte u dítěte staršího 15 let, pokud nemá ukončenou povinnou školní docházku.⁵ Uveďte jen pokud bylo přiděleno.⁶ Uveďte trvalý pobyt na území ČR nebo místo, kde se území ČR zdržujete.⁷ Vyplňte, není-li totožná s adresou bydliště.⁸ Vyplňuje se v případě, je-li dítě s ohledem na věk a rozumovou vyspělost schopno vyjádřit svůj názor.⁹ Lékařský posudek v době vydání povolení nesmí být starší než 3 měsíců.

Provozovatel činnosti vyplní části E) až H)

E) Provozovatel činnosti:

Právnícká osoba:			
Obchodní firma nebo název:			
Právní forma:		IČ:	
Příjmení, jméno titul osoby oprávnění jednat jménem právnické osoby:			

Fyzická osoba podnikající:			
Obchodní firma nebo jméno:			
Příjmení:			
Jméno:		Titul:	
Rodné číslo:		IČ:	

Sídlo/Místo podnikání:

Ulice:		Číslo popisné – orientační:	
Obec		PSČ	

Kontaktní údaje:

Telefon:	
E-mail:	
ID datové schránky:	

F) Povinné pojištění provozovatele pro případ náhrady škody při výkonu činnosti:

Pro případ náhrady škody, ke které by mohlo dojít při výkonu činnosti dítěte, včetně náhrady škody na zdraví, je pojištění sjednáno u:	
Číslo pojistné smlouvy:	

G) Údaje o činnosti, kterou bude dítě vykonávat¹⁰:

Druh činnosti:	umělecká ☐	kulturní ☐	sportovní ☐	reklamní ☐
Místa výkonu činností a charakteristika pracovních podmínek a pracovišť:				

H) Doba výkonu činnosti¹¹:

Datum zahájení činnosti:	
Datum ukončení činnosti ¹² :	

V	dne	razítko a podpis provozovatele činnosti

¹⁰ Bude-li dítě vykonávat více druhů činností, uveďte charakteristiku pracovních podmínek a pracovišť pro každý druh činnosti zvlášť.

¹¹ Povolit dítěti výkon činnosti lze nejdéle na dobu 12 měsíců po sobě jdoucích.

¹² Uveďte datum nebo dobu v měsících.