

VYPLŇTE HŮLKOVÝM PÍSMEM

Záznam úřadu práce o dni podání žádosti:

ŽÁDOST O POVOLENÍ ČINNOSTI DÍTĚTE

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

Zákonný zástupce dítěte vyplní části A) a B)

A) Identifikační údaje dítěte:

Příjmení:	Rodné příjmení:	Jméno, popřípadě jména:	
Datum narození:	Místo narození:		
Rodné číslo ¹⁾ :	Státní občanství:		
Povinná školní docházka bude zahájena dne ²⁾ :			
Povinná školní docházka bude ukončena dne ³⁾ :			
Adresa bydliště ⁴⁾ – obec:		Část obce:	
Ulice:	Číslo:	PSČ:	

¹⁾ Jen pokud bylo přiděleno.

²⁾ Vyplňte u dítěte, které ještě neplní povinnou školní docházku.

³⁾ Vyplňte u dítěte staršího 15 let, pokud nemá ukončenou povinnou školní docházku.

⁴⁾ Uveďte trvalý pobyt dítěte na území ČR, a pokud jej nemá adresu místa, kde se na území ČR zdržuje.

B) Identifikační údaje zákonného zástupce dítěte:

Příjmení:	Rodné příjmení:	Jméno, popřípadě jména:	Titul:
Datum narození:	Místo narození:		
Rodné číslo ¹⁾ :	Státní občanství:		
Adresa bydliště ⁴⁾ - obec:		Část obce:	
Ulice:	Číslo:	PSČ:	
Kontaktní adresa ⁵⁾ - obec:		Část obce:	
Kontaktní telefon ⁴⁾ :			
Ulice:	Číslo:	PSČ:	

⁴⁾ Uveďte trvalý pobyt na území ČR nebo místo, kde se na území ČR zdržujete.

⁵⁾ Vyplňte, není-li totožná s adresou bydliště.

V
dne
podpis zákonného zástupce dítěte

C) Souhlas dítěte⁶⁾:

Souhlasím s vykonáváním níže uvedené činnosti.	
V dne	podpis dítěte

⁶⁾ Vyplňuje se v případě, je-li dítě s ohledem na věk a rozumovou vyspělost schopno vyjádřit svůj názor.

D) Lékařský posudek praktického lékaře pro děti a dorost⁷⁾:

Níže uvedená činnost, 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

⁷⁾ Lékařský posudek v době vydání povolení nesmí být starší než 3 měsíce.

Provozovatel činnosti vyplní části F) až I)

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 pojistky:

G) Provozovatel činnosti:

Právnícká osoba:		
Obchodní firma nebo název:		
Právní forma:	IČ:	
Sídlo:		
Příjmení, jméno, titul osoby oprávněné jednat jménem právnické osoby a kontaktní telefon ⁺⁾ :		
Fyzická osoba podnikající:		
Obchodní firma nebo jméno:		
Příjmení:	Jméno, popřípadě jména:	Titul:
Rodné číslo:	IČ ⁸⁾ :	Kontaktní telef. ⁺⁾ :
Místo podnikání:		
U zahraniční osoby umístění organizační složky v ČR:		

⁸⁾ Vyplňte, pokud bylo identifikační číslo přiděleno.

⁺⁾ Vyplnění těchto údajů je dobrovolné.

H) Údaje o činnosti, kterou bude dítě vykonávat⁹⁾:

Druh činnosti:	<input type="checkbox"/> umělecká	<input type="checkbox"/> kulturní	<input type="checkbox"/> sportovní	<input type="checkbox"/> reklamní
Místa výkonu činnosti a charakteristika pracovních podmínek a pracovišť:				

⁹⁾ Bude-li dítě vykonávat více druhů činností, uveďte charakteristiku pracovních podmínek a pracovišť pro každý druh činnosti zvlášť.

I) Doba výkonu činnosti¹⁰⁾:

Datum zahájení činnosti:	Datum ukončení činnosti ¹¹⁾ :
--------------------------	--

¹⁰⁾ Povolit dítěti výkon činnosti lze nejdéle na dobu 12 měsíců po sobě jdoucích.

¹¹⁾ Uveďte datum, nebo dobu v měsících.

V

dne

razítko a podpis provozovatele činnosti