

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) až C)

A) Identifikační údaje dítěte:

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

¹⁾ Jen pokud bylo přiděleno

²⁾ Vyplňte u dítěte staršího 15 let pokud nemá ukončenou školní docházku

³⁾ 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 ³⁾ - obec:	Část obce:		
Ulice:	Číslo:	PSČ:	
Kontaktní adresa ⁴⁾ - obec:	Část obce:		
Kontaktní telefon ⁴⁾ :			
Ulice:	Číslo:	PSČ:	

³⁾ Uveďte trvalý pobyt na území ČR nebo místo, kde se na území ČR zdržujete

⁴⁾ Vyplňte, není-li totožná s adresou bydliště

C) Vyjádření zákonného zástupce dítěte:

Dítě ke dni podání této žádosti má - nemá vydáno povolení k výkonu činnosti.

V

dne

.....
podpis zákonného zástupce dítěte

D) Souhlas dítěte⁵⁾:

Souhlasím s vykonáváním níže uvedené činnosti.

V**dne**

.....
podpis dítěte

⁵⁾ Vyplňuje se v případě, je-li dítě s ohledem na věk a rozumovou vyspělost schopno vyjádřit svůj názor.

E) Lékařský posudek praktického lékaře pro děti a dorost:

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

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, je sjednáno pojištění u:

Číslo pojistky:

G) Provozovatel činnosti⁶⁾:

Právní 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:

IČ⁷⁾:

Kontaktní telef.⁺:

Místo podnikání:

U zahraniční osoby umístění organizační složky v ČR:

⁶⁾ Má-li dítě činnost povolenou i pro jiné provozovatele, uveďte jejich údaje v příloze k této žádosti

⁷⁾ Vyplňte, pokud bylo identifikační číslo přiděleno

⁺ Vyplnění těchto údajů je dobrovolné

H) Údaje o činnosti, kterou bude dítě vykonávat⁸⁾:

Druh činnosti: umělecká kulturní sportovní reklamní

Popis činnosti:

Charakteristika pracovních podmínek a pracovišť:

Místa výkonu činnosti:

⁸⁾ Bude-li dítě vykonávat více druhů činností, uveďte jejich popis a charakteristiku pracovních podmínek a pracovišť pro každý druh činnosti zvlášť. Při nedostatku místa vyplňte údaje v příloze k této žádosti.

I) Doba výkonu a časové vymezení doby výkonu činnosti:

Datum zahájení činnosti:

Datum ukončení činnosti:

Časové vymezení

Maximální počet hodin denně:

Týdně:

Zahájení výkonu denní činnosti nejdříve⁹⁾:

Skončení výkonu denní činnosti nejpozději⁹⁾:

Rozvrh odpočinku dítěte:

⁹⁾ Uveďte časový údaj (např. v 10:00 h)

V

dne

razítko podpis provozovatele činnosti