

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE k předškolnímu vzdělávání

Razítko mateřské školy

Zákonný zástupce dítěte:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Trvalé bydliště:

Kontaktní telefon:**

E-mail:**

Adresa pro doručování je shodná s adresou trvalého bydliště: ANO / NE *

Uveďte adresu pro doručování:

Žádám o přijetí dítěte

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

Trvalé bydliště:

k předškolnímu vzdělávání v Mateřské škole:

od školního roku 20 / 20

* Nehodící se škrtněte

** Nepovinný údaj

VYPLŇTE HŮLKOVÝM PÍSMEM



Prohlášení zákonného zástupce**

Zavazuji se, že neprodleně oznámím učitelce mateřské školy výskyt přenosné choroby v rodině nebo nejbližším okolí dítěte, onemocnění dítěte přenosnou chorobou nebo onemocnění osoby, s níž dítě přišlo do styku.

V _____

dne _____

Podpis zákonného zástupce _____

PŘIHLÁŠKA ke školnímu stravování**

Jméno a příjmení dítěte: _____

Trvalé bydliště: _____

Celodenní stravování:** _____

Polodenní stravování:** _____

Potvrzuji správnost údajů. Beru na vědomí povinnost oznámit jakoukoliv změnu, která by měla vliv na stanovení výše úhrady za stravování.

V _____

dne _____

Podpis zákonného zástupce _____

Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu

- | | | |
|---|------|-----|
| 1. Podrobilo se dítě povinnému očkování dle ustanovení § 50 zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví | ANO* | NE* |
| 2. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji – jaké? | ANO* | NE* |
| 3. Trpí dítě chronickým onemocněním – jakým? | ANO* | NE* |
| 4. Bere dítě pravidelně léky – jaké? | ANO* | NE* |

Jiná sdělení lékaře:

Doporučuji – nedoporučuji*
přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole

Datum _____

Razítko a podpis lékaře _____

* Nehodící se škrtněte
** Nepovinný údaj