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

Uvedené údaje podléhají ochraně zejména podle zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím, ve znění pozdějších předpisů a zákona č. 365/2000 Sb., o informačních systémech veřejné správy a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

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*

VYPLŇTE HŮLKOVÝM PÍSMEM