

PŘIHLÁŠKA DÍTĚTE k zápisu do mateřské školy

Razítko mateřské školy

Jméno	
Příjmení	
Datum narození	Státní občanství:
Bydliště	
Mateřský jazyk	Kód zdravotní pojišťovny dítěte

K zápisu	od	(den, měsíc, rok)
na celodenní docházku	od hod.	do hod.
polodenní docházku	od hod.	do hod.
čtyřhodinovou docházku	od hod.	do hod.
5denní docházku v měsíci	od hod.	do hod.

Údaje o rodině dítěte

Jméno a příjmení otce
Zaměstnavatel (adresa, telefon)
Jméno a příjmení matky
Zaměstnavatel (adresa, telefon)
Nepracuje – na MD – do zaměstnání nastoupí
Sourozenci – jméno a datum narození

Prohlášení rodičů

Zavazujeme se, že neprodleně oznámíme 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.

Bereme na vědomí, že v případě uvedení nepravdivých údajů, lze kdykoliv zrušit rozhodnutí o přijetí dítěte.

V dne Podpisy matky, otce

nehodící se škrtněte

VYPLŇTE HŮLKOVÝM PÍSMEM NEBO PSACÍM STROJEM

PŘIHLÁŠKA ke stravování

Jméno a příjmení dítěte

Bydliště

Celodenní stravování

Polodenní stravování

Potvrzuji správnost údajů a zavazuji se, že budu včas odevzdávat příspěvky a oznámím neprodleně každou změnu, která by měla vliv na stanovení poplatků za stravování.

V dne Podpisy matky, otce

Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte

- | | | |
|--|------------------|-----------------|
| 1. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji? | ANO ¹ | NE ¹ |
| 2. Trpí dítě chronickým onemocněním? | ANO ¹ | NE ¹ |
| 3. Je potřeba speciální výchovy? | ANO ¹ | NE ¹ |
| 4. Je potřeba speciálního režimu? | ANO ¹ | NE ¹ |
| 5. Bere dítě pravidelně léky? | ANO ¹ | NE ¹ |
| 6. Může se dítě zúčastňovat speciálních akcí školy jako je plavání, výlet apod.? | ANO ¹ | NE ¹ |
| 7. Je dítě pravidelně očkováno? <i>TETANUS :</i> | ANO ¹ | NE ¹ |
| 8. Jde o integraci postiženého dítěte do mateřské školy? | ANO ¹ | NE ¹ |
| 9. S jakým postižením? | ANO ¹ | NE ¹ |

Jiná sdělení lékaře:

Doporučuji – nedoporučuji¹⁾ přijetí dítěte do mateřské školy

.....
Datum

.....
Razítko a podpis lékaře