

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: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne (hodící zaškrtněte)	
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:	

* Nepovinný údaj

Uvedené informace podléhají ochraně zejména podle zákona č. 101 /2000 Sb. o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů 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	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
2. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji - jaké?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
3. Trpí dítě chronickým onemocněním - jakým?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
4. Bere dítě pravidelně léky - jaké?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Jiná sdělení lékaře:	
<input type="checkbox"/> Doporučuji <input type="checkbox"/> Nedoporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání na mateřské škole	
Datum _____	Razítko a podpis lékaře _____

* Nepovinný údaj

Uvedené informace podléhají ochraně zejména podle zákona č. 101 /2000 Sb. o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů 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.