

PŘIHLÁŠKA DÍTĚTE k zápisu do mateřské školy

ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA
BYSTROČICE
příspěvková organizace
Bystročice 65
IČ: 750 29 341

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 ¹⁾ |
| 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

¹⁾ 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? | 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

¹⁾ nehodící se škrtněte



8 590384 317204