

PŘIHLÁŠKA DÍTĚTE K ZÁPISU DO MATEŘSKÉ ŠKOLY HABROVÁ 249, 739 61 TŘINEC

Příjmení a jméno dítěte:

Datum narození:..... Rodné číslo:.....

Místo narození: Mateřský jazyk:Státní občanství:.....

Trvalý pobyt (podle OP zák. zástupce):

.....

Kontaktní adresa (pokud je odlišná od trvalého pobytu):.....

.....

Zdravotní pojišťovna (kód zdravotní pojišťovny):

K zápisu od (den, měsíc, rok):

na - celodenní docházku od hod. do hod.

- polodenní docházku od hod. do hod.

Údaje o rodině

Příjmení a jméno matky:

Bydliště (pokud je odlišné od dítěte):

Telefon do bytu:..... do zaměstnání: mobil:

E-mail: Dat. schránka.....

Příjmení a jméno otce:

Bydliště (pokud je odlišné od dítěte):

Telefon do bytu:..... do zaměstnání: mobil:

E-mail: Dat. schránka.....

Sourozenci (jméno a příjmení, datum narození):

.....

.....

.....

Prohlášení rodičů:

Zavazujeme se, že neprodleně oznámíme mateřské škole 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.

V dne

Potvrzuji správnost údajů.

Podpis zák. zástupce:

Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte:

Příjmení a jméno dítěte:

Datum narození:

- | | | |
|---|-----|----|
| 1. Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním? | ANO | NE |
| 2. Bere dítě pravidelně léky? | ANO | NE |
| 3. Může se dítě zúčastňovat speciálních akcí školy (plavání, výlety, saunování, škola v přírodě)? | ANO | NE |
| 4. Je potřeba speciálního režimu? | ANO | NE |
| 5. Je potřeba speciální výchovy? | ANO | NE |
| 6. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji? | ANO | NE |
| 7. Trpí dítě chronickým onemocněním? | ANO | NE |
| 8. Jde o integraci postiženého dítěte do MŠ? | ANO | NE |
| 9. V případě, že je v bodě č. 8 odpověď ANO, uveďte, o jaké postižení jde: | | |

.....

Jiná závažná sdělení o dítěti:

.....

.....

Alergie:

.....

.....

Doporučuji – nedoporučuji přijetí dítěte do mateřské školy.

V dne:

.....
razítko a podpis lékaře