

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE k předškolnímu vzdělávání

ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA
Nová Ves nad Popelkou, příspěvková organizace
512 71 Nová Ves n. P. 250
Tel.: 481 675 156, 481 675 174
IČO: 710 03 819 email: info@skolanovaves.cz
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 *

Uvedte adresu pro doručování:

Žádám o přijetí dítěte

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

Trvalé bydliště:

k předškolnímu vzdělávání v Mateřské škole:

od školního roku 201..... / 201.....

* Nehodící se škrtněte
** Nepovinný údaj

VYPLŇTE HŮLKOVÝM PÍSMEM

Prohlášení zákonného zástupce**

Závazuji 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