ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ DO MATEŘSKÉ ŠKOLY SLUNÍČKO MILEVSKO, JEŘÁBKOVA 781

Údaje o rodině:

Jméno a příjmení otce:_____ matky:_____
Místo trvalého pobytu_____
Doručovací adresa_____
Telefon: otec_____matka_____
Kontaktní e-mail :_____

Údaje o dítěti

Jméno a příjmení_____
Datum narození_____ rodné číslo_____
Bydliště_____
Státní občanství_____ mateřský jazyk_____
Zdravotní pojišťovna_____
MŠ již navštěvuje sourozenec_____
Ostatní sourozenci – jméno, příjmení, datum narození:
_____
_____
_____

Datum nástupu dítěte k předškolnímu vzdělávání _____

Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání podáváme pouze v jedné mateřské škole: ANO / NE (nehodící se škrtněte)

Rodiče (zákonní zástupci) dítěte se dohodli, že zmocnění k doručování písemností týkajících se práv a právem chráněných zájmů dítěte po dobu jeho předškolního vzdělávání v mateřské škole Sluníčko má:

_____
(uveďte podle potřeby - pokud stačí doručení jednomu z rodičů, uveďte komu: otec-matka)

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 a jiné závažné informace, které by mohly ovlivnit zdraví ostatních dětí v mateřské škole.
Bereme na vědomí, že v případě uvedení nepravdivých údajů, lze kdykoliv zrušit rozhodnutí o přijetí dítěte do mateřské školy.

V Milevsku dne_____

Podpisy zákonných zástupců_____

Jméno a příjmení dítěte…….

Datum narození……rodné číslo…….

Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte

1. Je dítě pravidelně očkováno?	ANO*	NE*
2. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji?	ANO*	NE*
3. Trpí dítě chronickým onemocněním?	ANO*	NE*
4. Je potřeba speciální výchovy nebo režimu?	ANO*	NE*
5. Bere dítě pravidelně léky?	ANO*	NE*
6. Může se dítě zúčastňovat speciálních akcí školy (plavání, výlet apod.)	ANO*	NE*
7. Jde o integraci postiženého dítěte do mateřské školy? (V případě ano – s jakým postižením?)	ANO*	NE*

Jiná sdělené lékaře:

Doporučuji – nedoporučuji* přijetí dítěte do mateřské školy

……..……. .....

Datum Razítko a podpis lékaře

*nehodící se škrtněte