



Mateřská škola, Nasavrky, okres Chrudim
U školky 246, Nasavrky, 538 25

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

Zákonný zástupce dítěte

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Trvalé bydliště: _____

Kontaktní telefon:** _____

E-mail:** _____

Adresa pro doručení je shodná s adresou trvalého bydliště: ANO / NE*

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 20__/20__

*Nehodící se škrtněte

VYPLŇTE HŮLKOVÝM PÍSMEM

**Nepovinný údaj

Uvedené údaje podléhají ochraně zejména podle zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů zákona č. 106/1999 Sb. o informačních systémech veřejné správy a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů.



Mateřská škola, Nasavrky, okres Chrudim
U školky 246, Nasavrky, 538 25

Prohlášení zákonného zástupce**

Zavazuji se, že neprodleně oznámím učitelům 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 _____

*Nehodící se škrtněte

VYPLŇTE HŮLKOVÝM PÍSMEM

**Nepovinný údaj



Mateřská škola, Nasavrky, okres Chrudim
U školky 246, Nasavrky, 538 25

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 psychomotorického vývoje – 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

VYPLŇTE HŮLKOVÝM PÍSMEM

**Nepovinný údaj