

# ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE k předškolnímu vzdělávání

ZÁKLADNÍ ŠKOLA  
A MATEŘSKÁ ŠKOLA OSTŘETÍN  
OKRES PARDUBICE  
IČO: 70 15 07 29

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 20 ..... / 20 .....

\* Nehodící se škrtněte  
\*\* Nepovinný údaj

VYPLŇTE HŮLKOVÝM PÍSMEM

## Prohlášení zákonného zástupce\*\*

Zavazuji 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