



Medová Školka

Soukromá mateřská škola Medová školka

Moravičany 175, 789 82 Moravičany

Přihláška

K zápisu do mateřské školy

Razítko mateřské školy

Jméno a příjmení dítěte:

Datum a místo nar.:

Kód zdr.poj.dítěte:

Bydliště:

Mateřský jazyk:

R.č.:

Přijetí do mateřské školy: Soukromá mateřská škola Medová školka, Moravičany 175, 789 82

celodenní docházka

po út st čt pá

polodenní docházka

po út st čt pá

(Zaškrtněte vyhovující variantu)

Od

(den, měsíc, rok)

ÚDAJE O SOUROZENCÍCH DÍTĚTE:

jméno a příjmení

nar.

jméno a příjmení

nar.

jméno a příjmení

nar.

ÚDAJE O ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCÍCH:

MATKA:

OTEC:

Jméno a příjmení

Jméno a příjmení

tel.:

tel.:

e-mail :

e-mail :

PROHLÁŠENÍ ŽADATELE (žadatelů)

Bereme na vědomí, že uvedení nepravdivých či zamlčení důležitých údajů, opakované nezaplacení úplaty za vzdělávání nebo stravování ve stanoveném či dohodnutém termínu, neomluvená absence dítěte v MŠ delší než 2 týdny, opakované narušování provozu MŠ závažným způsobem, mohou být důvodem k ukončení docházky dítěte do MŠ.

Prohlašujeme, že údaje uvedené v této žádosti a v souvislosti s ní jsou pravdivé a nezkreslené, a že jsme žádné podstatné údaje nezamtlčili.

V

DNE :

PODPIS ZÁKONNÉHO(ných) ZÁSTUPCE (ců):



Přihláška ke stravování

Jméno a příjmení dítěte:

Bydliště:

Celodenní stravování: po út st čt pá

Částečné (bez opd. Svačinky): po út st čt pá

(Zaškrtněte vyhovující variantu)

Osoby pověřené rodičem vyzvedávat dítě:

Jméno a příjmení: vztah: tel.:

Jméno a příjmení: vztah: tel.:

Jméno a příjmení: vztah: tel.:

Jméno a příjmení: vztah: tel.:

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.

Podpis zákonného zástupce.....

Vyjádření dětského lékaře:

- | | | |
|--|-----|----|
| 1. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy: | Ano | Ne |
| 2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti: | Ano | Ne |
| - Zdravotní | Ano | Ne |
| - Tělesné | Ano | Ne |
| - Smyslové | Ano | Ne |
| - Jiné | Ano | Ne |
| 4. Zjištěné alergie: | Ano | Ne |
| 5. Dítě bere pravidelně léky – jaké? | Ano | Ne |
| 6. Dítě je pravidelně očkováno na základě očkovacího kalendáře platného v České republice podle ustanovení § 50 zákona č. 258/2000 Sb. | Ano | Ne |

(nehodící se škrtněte)

Jiná závažná sdělení o dítěti:

.....
Datum

.....
Razítko a podpis lékaře