



Základní škola a mateřská škola Horní Blatná  
okres Karlovy Vary

## PŘIHLÁŠKA DÍTĚTE K ZÁPISU DO MATEŘSKÉ ŠKOLY

Jméno a příjmení dítěte: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_ Kód zdravotní pojišťovny: \_\_\_\_\_

Adresa bydliště: \_\_\_\_\_

Jméno a příjmení matky: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Zaměstnavatel: \_\_\_\_\_

Jméno a příjmení otce: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Zaměstnavatel: \_\_\_\_\_

Sourozenci (jméno, datum narození): \_\_\_\_\_

### Prohlášení rodičů

Zavazujeme se, že neprodleně oznámíme učitelce MŠ onemocnění dítěte přenosnou chorobou nebo její výskyt v rodině či nejbližším okolí dítěte.

Bereme na vědomí, že v případě uvedení nepravdivých údajů lze kdykoli zrušit rozhodnutí o přijetí dítěte do MŠ.

Datum: \_\_\_\_\_ Podpis zákonného zástupce: \_\_\_\_\_

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 svobodném přístupu k informacím, ve znění pozdějších předpisů a zákona č. 365/2000 Sb. o informačních systémech veřejné správy a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

<b>K zápisu od (den, měsíc, rok):</b>
Celodenní docházku (čas od – do):
Polodenní docházku (čas od – do):
Čtyřhodinovou docházku (čas od – do):
5denní docházku v měsíci (čas od – do):



Základní škola a mateřská škola Horní Blatná  
okres Karlovy Vary

## PŘIHLÁŠKA KE STRAVOVÁNÍ

Jméno a příjmení dítěte: \_\_\_\_\_

Adresa bydliště: \_\_\_\_\_

\* Celodenní stravování

\* Polodenní stravování

\*zakroužkujte

Potvrzuji správnost údajů a zavazuji se, že budu včas odevzdávat příspěvky a oznámím neprodleně každou změnu, která by měla vliv na stanovení poplatků za stravování.

Datum: \_\_\_\_\_ Podpis zákonného zástupce: \_\_\_\_\_

### VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU DÍTĚTE

- |  |     |    |
|--|-----|----|
| 1. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji?                                    | ANO | NE |
| 2. Trpí dítě chronickým onemocněním?   | ANO | NE |
| 3. Je potřeba speciální výchovy?   | ANO | NE |
| 4. Je potřeba speciálního režimu?  | ANO | NE |
| 5. Bere dítě pravidelně léky?  | ANO | NE |
| 6. Může se dítě zúčastnit speciálních akcí školy jako je plavání, výlet apod.? | ANO | NE |
| 7. Je dítě pravidelně očkováno?  | ANO | NE |
| 8. Jde o integraci postiženého dítěte do mateřské školy?                       | ANO | NE |

S jakým postižením? \_\_\_\_\_

Jiná sdělení lékaře:

**Doporučuji – nedoporučuji přijetí dítěte do mateřské školy**

Datum: \_\_\_\_\_ Razítko a podpis lékaře: \_\_\_\_\_