PŘIHLÁŠKA DÍTĚTE K ZÁPISU DO MATEŘSKÉ ŠKOLY VELIM

|  |
| --- |
| Razítko školy |

|  |
| --- |
| Jméno |
| Příjmení |
| Datum narození Státní občanství |
| Bydliště |
| Mateřský jazyk Kód zdravotní pojišťovny |

|  |
| --- |
| K zápisu od  |
| Na celodenní docházku od hodin do hodin |
|  polodenní docházku od hodin do hodin |
|  |
|  |

Prohlášení rodičů

Zavazujeme se neprodleně nahlásit učitelce mateřské školy výskyt přenosné choroby v rodině nebo v nejbližším okolí dítěte, onemocnění dítěte přenosnou chorobou nebo onemocnění osoby, s níž dítě do styku přišlo.

Bereme na vědomí, že v případě uvedení nepravdivých údajů, lze kdykoliv zrušit rozhodnutí o přijetí dítěte

V……………………………….. dne………………………………… Podpisy **obou** rodičů …………………………………………..

 …………………………………………

*Pozn. Vyplňujte hůlkovým písmem nebo v počítači*

*\*nehodící škrtněte*

|  |
| --- |
| Jméno dítěte |
| Bydliště |
| Celodenní stravování |
| Polodenní stravování |

Potvrzuji správnost údajů a zavazuji se, že budu včas odevzdávat platby na školní stravování v jídelně ZŠ T. G. Masaryka a oznámím neprodleně každou změnu, která by měla vliv na stanovení poplatků za stravování.

V…………………………. dne………………………………. Podpisy obou rodičů …………………………………………………

 ………………………………………………….

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU DÍTĚTE**

1) Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji dítěte? 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 zúčastňovat speciálních akcí školy jako je plavání ANO NE

**7) Je dítě pravidelně očkováno? ANO NE**

8) Jde o integraci postiženého dítěte do MŠ? ANO NE

9) S jakým postižením?

**Jiná sdělení lékaře:**

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

datum razítko lékaře