

PŘIHLÁŠKA ke stravování

Jméno a příjmení dítěte
Bydliště
Celodenní stravování
Polodenní stravování

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.

V dne Podpisy matky, otce

Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte

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

Jiná sdělení lékaře:

Doporučuji – nedoporučuji¹⁾ přijetí dítěte do mateřské školy

.....

Datum Razítko a podpis lékaře

¹⁾ nehodící se škrtněte



PŘIHLÁŠKA DÍTĚTE k zápisu do mateřské školy

Základní škola a mateřská škola
DRAHANOVICE
příspěvková organizace
783 43 Drahanovice 44
IČ 75028921 ①
Razítko mateřské školy

Jméno			
Příjmení			
Datum narození			Státní občanství:
Bydliště			
Mateřský jazyk	Kód zdravotní pojišťovny dítěte		

K zápisu	od			(den, měsíc, rok)
na celodenní docházku	od	hod.	do	hod.
polodenní docházku	od	hod.	do	hod.

Údaje o rodině dítěte

Jméno a příjmení otce
Zaměstnavatel (adresa, telefon)
Jméno a příjmení matky
Zaměstnavatel (adresa, telefon)
Nepracuje – na MD – do zaměstnání nastoupí ¹⁾
Sourozenci – jméno a datum narození

Prohlášení rodičů

Zavazujeme se, že neprodleně oznámíme 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 Podpisy matky, otce

¹⁾ nehodící se škrtněte

VYPLŇTE HŮLKOVÝM PÍSMEM NEBO PSACÍM STROJEM