

## ŽÁDOST O PŘIJETÍ K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

Registrační číslo: .....

### ŽÁDÁM O PŘIJETÍ DÍTĚTE

Jméno a příjmení dítěte: .....

Datum narození: .....

Trvalé bydliště: .....  
.....

k předškolnímu vzdělávání v Mateřské škole Bělá pod Bezdězem, příspěvkové organizaci,

od školního roku 201...../ 201.....

### 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\*

Uveďte adresu pro doručování: .....  
.....

\* Nehodící se škrtněte

\*\* Nepovinný údaj

## 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 Bělé pod Bezdězem, 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 Bělé pod Bezdězem, dne .....

Podpis zákonného zástupce .....

## VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU

Podrobilo se dítě povinnému očkování dle ustanovení § 50 zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví?

ANO\*

NE\*

Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji - jaké?

ANO\*

NE\*

Trpí dítě chronickým onemocněním - jakým?

ANO\*

NE\*

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