

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 20...../ 20.....

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

VYJÁDŘENÍ 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