



## PŘIHLÁŠKA DÍTĚTE K ZÁPISU DO MATEŘSKÉ ŠKOLY

### DÍTĚ

Jméno a příjmení dítěte, rodné číslo:

Místo narození:

Státní občanství:

Místo trvalého pobytu dítěte:

Nástup do MŠ od (datum, rok):

Celodenní docházka\*

Polodenní docházka\*

### ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE (MATKA):

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Telefon:

Mail:

Místo trvalého pobytu:

Adresa pro doručování písemností:

### ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE (OTEC):

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Telefon:

Mail:

Místo trvalého pobytu:

Adresa pro doručování písemností:

Žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v Mateřské škole Kobylá nad Vidnavkou od školního roku  
20..../20.....

(\*nehodící se škrtněte)

## 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.

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

V.....dne.....

.....  
podpis žadatele

## VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU

- |   |     |    |
|---|-----|----|
| 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 zúčastňovat speciálních akcí školky 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 |
| 9. S jakým postižením?  | ANO | NE |

Jiná sdělení lékaře (alergie...):

**Doporučuji – nedoporučuji\* přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole.**

.....

Datum

(\*nehodící škrtněte)

.....

Razítko a podpis lékaře