

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE k předškolnímu vzdělávání

Mateřská škola a Základní škola Klíč
školská právnická osoba
IČ: 71341099
U Nových staveb 2, 794 01 Krnov

Razítko mateřské školy

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: _____

Žádám o přijetí dítěte

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození: _____

Trvalé bydliště: _____

k předškolnímu vzdělávání v Mateřské škole: _____

od školního roku 201____ / 201____

* Nehodící se škrtněte
** Nepovinný údaj

VYPLŇTE HŮLKOVÝM PÍSMEM

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 _____

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 _____

dne _____

Podpis zákonného zástupce _____

Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu

- | | | |
|---|------|-----|
| 1. Podrobilo se dítě povinnému očkování dle ustanovení § 50 zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví | ANO* | NE* |
| 2. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji – jaké? | ANO* | NE* |
| 3. Trpí dítě chronickým onemocněním – jakým? | ANO* | NE* |
| 4. 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

EVIDENČNÍ LIST PRO DÍTĚ V MATEŘSKÉ ŠKOLE

(obsahuje potřebné údaje do školní matriky viz § 5 školského zákona)

Jméno a příjmení dítěte:

Adresa trvalého pobytu: PSČ:.....

Místo narození:

Datum narození:

--	--	--	--	--	--

 Rodné číslo:

--	--	--	--	--	--	--	--

 Stát. obč.:

Kód zdravotní pojišťovny:

--	--	--

 Vyučovací jazyk:

Zákonní zástupci

Jméno a příjmení:

Adresa trvalého pobytu:

Telefon:

Adresa pro doručování:

Adresa a telefon při náhlém onemocnění:

Školní rok	Škola	Třída	Zahájení vzdělávání	Ukončení vzdělávání



Vyjádření lékaře/zákonných zástupců

1. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy
2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti a) b) c) d)

a) zdravotní

b) tělesné

c) smyslové

d) jiné

Jiná závažná sdělení o dítěti:

.....

.....

Alergie:

.....

.....

3. Dítě je řádně očkováno*)

.....

.....

4. Možnost účasti na akcích školy – plavání, saunování

V dne

.....

razítko a podpis lékaře**)

Odklad školní docházky na školní rok

ze dne:

čj.:

Zmocnění zákonných zástupců k vyzvedávání dítěte z mateřské školky:

.....

.....

.....

U rozvedených rodičů:

č. rozsudku

ze dne:

dítě svěřeno do péče:

Umožnění styku druhého rodiče s dítětem v době:

Beru na vědomí svou povinnost předávat dítě učitelce do třídy, hlásit změny údajů v tomto evidenčním listě a omlouvat nepřítomnost dítěte v mateřské škole.

V dne:

Podpisy zákonných zástupců:

.....

.....

*) Nepovinný údaj pro děti starší 5 let.

***) V případě, že žádost o přijetí dítěte do mateřské školy neobsahuje potvrzení lékaře.