

**Přihláška dítěte k předškolnímu vzdělávání pro školní rok 2024/25**

Mateřská škola \_\_\_\_\_

Jméno a příjmení dítěte \_\_\_\_\_

Datum narození \_\_\_\_\_

Rodné číslo \_\_\_\_\_ Místo narození \_\_\_\_\_

Mateřský jazyk \_\_\_\_\_

Státní občanství \_\_\_\_\_ Trvalý pobyt \_\_\_\_\_

Zdravotní pojišťovna \_\_\_\_\_

Zdravotní stav, postižení, obtíže  
\_\_\_\_\_

K zápisu od \_\_\_\_\_ na celodenní/polodenní (vyberte) docházku od \_\_\_\_\_ hod.  
do \_\_\_\_\_ hod.

Sourozenci: jméno, třída (věk):  
\_\_\_\_\_

OTEC \_\_\_\_\_

Bydliště (pokud je odlišné) \_\_\_\_\_

Telefon : \_\_\_\_\_

E-mail  
\_\_\_\_\_

MATKA \_\_\_\_\_

Bydliště (pokud je odlišné) \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-mail  
\_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_ května 2024

Potvrzuji správnost údajů

Podpis žadatele \_\_\_\_\_

## **Přihláška ke stravování**

Jméno a příjmení dítěte:

.....

Trvalé bydliště:

.....

Potvrzuji správnost údajů a zavazuji se, že budu včas odevzdávat příspěvky na stravování a oznámím neprodleně každou změnu, která by měla vliv na stanovení poplatků za stravování.

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

Podpisy zákonných zástupců:

.....

## **Potvrzení lékaře:**

Jméno dítěte: .....

Vyjádření lékaře

1. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy: ANO / NE
2. Dítě je řádně očkováno: ANO / NE
3. Trpí dítě chronickým onemocněním ANO / NE
4. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji ANO / NE
5. Vyžaduje zdravotní stav dítěte speciální péči ANO / NE
6. Trpí dítě nějakou alergií ANO / NE
7. .V případě ANO jakou
8. Jiná sdělení lékaře.....

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

..... razítko a podpis lékaře

Žádost přijata dne: ..... pod č. j.:.....

Přiděleno registrační číslo: .....

