



PŘIHLÁŠKA DÍTĚTE K ZÁPISU DO MATEŘSKÉ ŠKOLY

MATEŘSKÁ ŠKOLA ČTYŘLÍSTEK, VYSOKÉ MÝTO, příspěvková organizace

Příjmení a jméno dítěte:	
Datum a místo narození:	
Adresa bydliště:	
Mateřský jazyk:	Státní občanství:
K zápisu od školního roku:	
Na celodenní docházku <input type="checkbox"/>	Na polodenní docházku <input type="checkbox"/>

ÚDAJE O RODINĚ

OTEC

Příjmení a jméno:	
Adresa bydliště:	
Telefon:	Datová schránka:
E-mail:	<input type="checkbox"/> RD - do zam. nastoupí:

MATKA

Příjmení a jméno:	
Adresa bydliště:	
Telefon:	Datová schránka:
E-mail:	<input type="checkbox"/> RD - do zam. nastoupí:

SOUROZENCI

Jméno a datum narození:

PROHLÁŠENÍ RODIČŮ

Stvrzujeme svým podpisem, že uvedené údaje jsou pravdivé a že budeme včas plnit všechny své závazky vůči mateřské škole.

Ve..... dne

Podpis matky, otce:

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU DÍTĚTE

Jméno a datum narození dítěte:

- | | | |
|---|-----|----|
| 1. Jsou u dítěte odchylky v psychosomatickém vývoji? | ANO | NE |
| 2. Trpí dítě chronickým onemocněním? | ANO | NE |
| 3. Trpí dítě alergií? Jakou? | ANO | NE |
| 4. Je potřeba speciální výchovy dítěte? | ANO | NE |
| 5. Je potřeba speciálního režimu u dítěte? | ANO | NE |
| 6. Může se dítě účastnit speciálních akcí školy (plavání, výlet apod.)? | ANO | NE |
| 7. Bere dítě pravidelně léky? | ANO | NE |
| 8. Je dítě pravidelně očkováno? | ANO | NE |
| 9. Jde o integraci postiženého dítěte do mateřské školy? | ANO | NE |
| 10. S jakým postižením? | ANO | NE |

Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:

1. Zdravotní -
2. Tělesné -
3. Smyslové -
4. Jiné -

Jiná sdělení lékaře:

Přijetí dítěte do mateřské školy

DOPORUČUJI - NEDOPORUČUJI

.....
datum

.....
razítko a podpis lékaře