

# ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE k předškolnímu vzdělávání

**MATEŘSKÁ ŠKOLA DOLNÍ ZÁLEZLY,**  
*příspěvková organizace*  
Rudé Armády 8. 106  
403 01 DOLNÍ ZÁLEZLY  
IČO 706 95 105

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 \*

Uvedte adresu pro doručování: .....

## Žádám o přijetí dítěte

Jméno a příjmení dítěte: .....

Datum narození: .....

Trvalé bydliště: .....

k předškolnímu vzdělávání v Mateřské škole: Mateřská škola Dolní Zálezly

od školního roku 2020/2021

\* 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