**PŘIHLÁŠKA DÍTĚTE K ZÁPISU DO MATEŘSKÉ ŠKOLY**

 razítko mateřské školy

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno:** |  |
| **Příjmení:** |  |
| Datum narození: |  |
| Státní občanství: |  |
| Adresa trvalého pobytu: |
| Zdravotní pojišťovna dítěte: |

**K zápisu**

|  |
| --- |
|  od (den, měsíc, rok) |
|  na celodenní docházku polodenní docházku od hod. do hod. |

**Údaje o rodině dítěte**

|  |
| --- |
| **Jméno a příjmení otce** |
| Místo trvalého pobytu |
| Adresa pro doručování písemností |
| Telefonické spojení | email: |
| **Jméno a příjmení matky** |
| Místo trvalého pobytu |
| Adresa pro doručování písemností |
| Telefonické spojení | email: |

|  |
| --- |
| Zavazujeme se, že neprodleně oznámíme 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. **Potvrzujeme, že je dítě očkováno dle povinných předpisů a potvrzení lékaře doložíme na evidenčním listu.**Bereme na vědomí, že v případě uvedení nepravdivých údajů lze kdykoliv zrušit rozhodnutí o přijetí dítěte. (dle Z 561/2004 Sb. a vyhl.43/2006 Sb. o mateřských školách)  **V Rožmitále na Šumavě, dne: Podpisy zákonných zástupců:**  |

Údaje jsou důvěrné podle zákona 256/1992 Sb. O ochraně osobních údajů v informačních systémech, zákona 106/1999 Sb., o osobním přístupu k informacím o zákona 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů

**Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte**

1. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji? ANO NE
2. Trpí dítě chronickým onemocněním? ANO NE
3. Vyžaduje dítě speciální péči v některé oblasti? ANO NE Upřesněte:
4. Možnosti účasti na akcích školy – plavání, výlet apod.: ANO NE
5. Bere dítě pravidelně léky? ANO NE
6. Je dítě řádně očkováno? ANO NE
7. Trpí dítě nějakou alergií? ANO NE

**Jiná sdělení lékaře:**

**Doporučuji – nedoporučuji \***

přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání do mateřské školy.

Datum: Razítko a podpis lékaře:

\* nehodící se škrtněte