# **PŘIHLÁŠKA DÍTĚTE k zápisu do mateřské školy pro školní rok 2020/2021**

**Jméno: Příjmení:**

**Datum narození: Místo narození: Státní občanství:**

**Bydliště:**

**Mateřský jazyk: Kód zdravotní pojišťovny:**

**Adresa spádové MŠ (jen pro PPRPV\*):**

**Jméno a příjmení otce: Datum narození:**

**Bydliště:**

**Telefon, email, (datová schránka):**

**Jméno a příjmení matky: Datum narození:**

**Bydliště:**

**Telefon, email, (datová schránka):**

**Sourozenci –** jméno a datum narození

**Prohlášení zákonných zástupců:**

Zavazujeme se, že neprodleně oznámíme mateřské škole výskyt přenosné choroby v rodině nebo nejbližším okolí dítěte, onemocnění dítěte přenosnou chorobou nebo onemocnění osoby, s níž dítě přišlo do styku.

Bereme na vědomí, že v případě uvedení nepravdivých údajů, lze kdykoliv zrušit rozhodnutí o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání.

Souhlasíme se zpracováním osobních údajů pro účely zápisu k předškolnímu vzdělávání pro školní rok 2020/2021.

V ………………………………………………………. dne ……………………………. Podpisy obou zákonných zástupců

…………………………………………………………..

……………………………………………….............

\*Povinný poslední ročník předškolního vzdělávání

PŘIHLÁŠKA ke školnímu stravování

**Jméno a příjmení dítěte:**

**Bydliště:**

Prohlašuji, že můj syn/dcera má/nemá lékařem diagnostikované onemocnění, které mu/ji brání v běžném stravování. V opačném případě si s MŠ dohodnu zvláštní podmínky pro úpravu stravy, pro které přinesu potvrzení od lékaře.

Potvrzuji správnost údajů a zavazuji se, že budu včas hradit stravné a oznámím neprodleně každou změnu, která by měla mít vliv na stravovací režim dítěte.

V…………………………………………………………. dne ………………………..Podpis obou zákonných zástupců

……………………………………………………..

……………………………………………………..

**Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte:**

1. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji? ANO NE
2. Trpí dítě chronickým onemocněním? ANO NE
3. Jsou nutná podpůrná opatření? ANO NE
4. Je vhodný speciální režim? ANO NE
5. Bere dítě pravidelně léky? ANO NE
6. Může se dítě zúčastnit speciálních aktivit (plavání, výlety apod.)? ANO NE
7. Je dítě pravidelně očkováno?\* ANO NE
8. Jedná se o integraci dítě? ANO NE
9. S jakou diagnózou? ANO NE

Jiná sdělení lékaře:

**Doporučuji – nedoporučuji přijetí dítě k předškolnímu vzdělávání.**

**…………………………………….. ……………………………………..**

 Datum Razítko a podpis lékaře

\*Netýká se povinného posledního ročníku předškolního vzdělávání