

# PŘIHLÁŠKA DÍTĚTE k zápisu do Mateřské školy Dr.E.Beneše pro školní rok 2025/2026

**Jméno:** \_\_\_\_\_ **Příjmení:** \_\_\_\_\_  
**Datum narození:** \_\_\_\_\_ **Místo narození:** \_\_\_\_\_ **Státní občanství:** \_\_\_\_\_  
**Bydliště:** \_\_\_\_\_  
**Mateřský jazyk:** \_\_\_\_\_ **Kód zdravotní pojišťovny:** \_\_\_\_\_  
**Jméno a příjmení otce:** \_\_\_\_\_ **Datum narození:** \_\_\_\_\_  
**Bydliště:** \_\_\_\_\_  
**Telefon, email, datová schránka:** \_\_\_\_\_  
**Jméno a příjmení matky:** \_\_\_\_\_ **Datum narození:** \_\_\_\_\_  
**Bydliště:** \_\_\_\_\_  
**Telefon, email, datová schránka:** \_\_\_\_\_  
**Sourozenci** (jen pokud už jsou přijati v MŠ Dr. E. Beneše) – jméno a datum narození

## PŘIHLÁŠKA ke školnímu stravování

**Jméno a příjmení dítěte:** \_\_\_\_\_  
**Bydliště:** \_\_\_\_\_

### Prohlášení zákonných zástupců:

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

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

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

Souhlasím se zpracováním osobních údajů pro účely zápisu k předškolnímu vzdělávání pro školní rok 2025/2026.

Potvrzuji správnost údajů a zavazuji se, že budu včas hradit úplatu za předškolní vzdělávání i stravné.

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

.....  
.....