



## Žádost o přijetí k předškolnímu vzdělávání

Ode dne.....do zahájení povinné školní docházky

Registrační číslo:

### **Zákonný zástupce dítěte:**

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Adresa trvalého pobytu:

\_\_\_\_\_

Telefon, email: \_\_\_\_\_

Kontaktní adresa (pokud je jiná než adresa trvalého bydliště)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Jméno a příjmení dítěte** \_\_\_\_\_

datum narození: \_\_\_\_\_

adresa trvalého pobytu:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Individuální vzdělávání (u povinného předškolního vzdělávání):

Ano - Ne



## **VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE K DOCHÁZCE DÍTĚTE DO MATEŘSKÉ ŠKOLY**

1. Dítě je zdravé, může být přijato k docházce do mateřské školy:

ANO – NE

2. Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním:

ANO - NE

3. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti

- zdravotní

- tělesné

- smyslové

- jiné

4. Jiná závažná sdělení o dítěti \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Alergie: \_\_\_\_\_

6. Možnost účasti na akcích školy – plavání, saunování, škola v přírodě:

ANO - NE

V .....dne: .....

razítko a podpis lékaře

### **PROHLÁŠENÍ ŽADATELE:**

Beru na vědomí, že uvedení nepravdivých či zamlčení důležitých údajů, opakované nezaplacení úplaty za vzdělávání nebo stravování ve stanoveném či dohodnutém termínu, neomluvená absence dítěte v MŠ, opakované narušování provozu MŠ závažným způsobem, mohou být důvodem k ukončení docházky dítěte do MŠ. Zavazujeme se, že neprodleně oznámíme učitelce výskyt přenosné choroby dítěte.

#### **Zpracování osobních údajů**

Udělují tímto souhlas, aby ve smyslu zákona č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů zpracovávala tato instituce výše uvedené osobní údaje.

V Olbramovicích dne \_\_\_\_\_

.....

Podpis zákonného zástupce