

ČJ. :

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

JMÉNO A PŘÍJMENÍ ŽADATELE

BYTEM :

TELEFON :

ŽÁDÁM O PŘIJETÍ MÉHO DÍTĚTE :

JMÉNO A PŘÍJMENÍ DÍTĚTE :

Datum narození : místo narození.....rodné číslo dítěte.....

Trvalý pobyt (jen je-li odlišný).....

Přijetí do II. Mateřské školy Jiráskova 1141, Moravská Třebová, okres Svitavy

Celodenní docházka od.....

Individuální vzdělávání dle § 34 b školského zákona (povinné předškolní
vzdělávání) od

(Zaškrkněte vyhovující variantu)

Kód zdravotní pojišťovny:

Údaje o rodině:

Jméno a příjmení otce:.....Telefon:.....

Jméno a příjmení matky:.....Telefon:.....

Sourozenci:.....

Prohlášení žadatele: 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.

PODPIS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE :

V MORAVSKÉ TŘEBOVÉ DNE :

PŘEVZALA :

PŘIHLÁŠKA KE STRAVOVÁNÍ

Jméno a příjmení dítěte:-----

Bydliště:-----

Celodenní stravování

VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE,

*KE ZDRAVOTNÍMU STAVU DÍTĚTE SE ZOHLEDNĚNÍM POTŘEB DÍTĚTE NA
SPECIÁLNÍ VÝCHOVNOU PÉČI A REŽIM – ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ, CHRONICKÉ
ONEMOCNĚNÍ, ODCHYLKY V PSYCHOMOTORICKÉM VÝVOJI :*

- | | | |
|---|-----|----|
| 1. Jsou odchylky v psychomototrickém vývoji? | ANO | NE |
| 2. Trpí dítě chronickým onemocněním? | ANO | NE |
| 3. Je potřeba speciální výchovy? | ANO | NE |
| 4. Bere dítě pravidelně léky? | ANO | NE |
| 5. Bere pravidelně léky | ANO | NE |
| 6. Dítě řádně očkováno | ANO | NE |
| 7. Možnosti účasti na akcích školy, plavání, atd. | | |

Jiná sdělení lékaře:

DOPORUČUJI - NEDOPORUČUJI

K PŘIJETÍ DÍTĚTE DO MATEŘSKÉ ŠKOLY

DATUM :

RAZÍTKO A PODPIS LÉKAŘE :

.....

.....