

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ v ZŠ A MŠ VELEŠOVICE 181, příspěvkové org.

Jméno	Rodné číslo
Příjmení	Č.jednací vyplňuje ředitel
Datum a místo narození	Státní občanství
Adresa trvalého pobytu	Telefon
Zdravotní pojišťovna dítěte	Mateřský jazyk

K předškolnímu vzdělávání od

- na celodenní docházku od.....hod. do.....hod.
- docházku na 4 hod. denně od.....hod. do.....hod.

Rodiče dítěte, zákonní zástupci dítěte

Jméno a příjmení otce

adresa trvalého pobytu, mobil

Jméno a příjmení matky

adresa trvalého pobytu, mobil

Sourozenci - jméno a datum narození

Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte

1. Dítě je řádně očkováno v souladu s ustanovením §50 zákona č.258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví ve znění pozdějších předpisů : ANO NE
2. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji – jaké ? ANO NE
3. Trpí dítě alergickým onemocněním – jakým ? ANO NE
4. Bere pravidelně léky – jaké ? ANO NE
5. Jde o integraci postiženého dítěte do MŠ – jaké postižení: ANO NE
6. Doporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání: ANO NE

Jiná sdělení lékaře: