



ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA DRAHANOVICE

PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE

DRAHANOVICE 44, 783 44 DRAHANOVICE, tel.: 585 949 267, 778 968 083; ID: 8gtmc26

e-mail: schafferova@skoladrahanovice.cz; www.skoladrahanovice.cz

PŘIHLÁŠKA DÍTĚTE K ZÁPISU DO MATEŘSKÉ ŠKOLY

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození: _____ Státní občanství: _____

Bydliště: _____

Mateřský jazyk: _____ Kód ZP: _____

K zápisu od _____ (den, měsíc, rok)

na celodenní docházku od _____ h. do _____ h.

na polodenní docházku od _____ h. do _____ h.

Jméno a příjmení otce: _____

Zaměstnavatel (adresa, telefon): _____

Jméno a příjmení matky: _____

Zaměstnavatel (adresa, telefon): _____

Nepracuje – na MD – do zaměstnání nastoupí _____

Sourozenci – jméno a datum narození: _____

Prohlášení rodičů

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.

V _____ dne _____ Podpis matky, otce _____

Uvedené údaje podléhají ochraně zejména podle zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím, ve znění pozdějších předpisů a zákona č. 365/2000 Sb., o informačních systémech veřejné správy a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů.



ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA DRAHANOVICE

PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE

DRAHANOVICE 44, 783 44 DRAHANOVICE, tel.: 585 949 267, 778 968 083; ID: 8gtmc26

e-mail: schafferova@skoladrahanovice.cz; www.skoladrahanovice.cz

PŘIHLÁŠKA KE STRAVOVÁNÍ

Jméno a příjmení dítěte: _____

Bydliště: _____

Celodenní stravování: _____

Polodenní stravování: _____

Potvrzuji správnost údajů a zavazuji se, že budu včas odevzdávat příspěvky a oznámím neprodleně každou změnu, která by měla vliv na stanovení poplatků za stravování.

V _____ dne _____ Podpis matky, otce _____

Vyjádření ke zdravotnímu stavu dítěte

(nehodící se škrtněte)

- | | | |
|--|-----|----|
| 1. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji? | ANO | NE |
| 2. Trpí dítě chronickým onemocněním? | ANO | NE |
| 3. Je potřeba speciální výchovy? | ANO | NE |
| 4. Je potřeba speciálního režimu? | ANO | NE |
| 5. Bere dítě pravidelně léky? | ANO | NE |
| 6. Může se dítě zúčastňovat speciálních akcí školy jako je plavání, výlet apod.? | ANO | NE |
| 7. Je dítě pravidelně očkováno? | ANO | NE |
| 8. Jde o integraci postiženého dítěte do mateřské školy? | ANO | NE |
| 9. S jakým postižením? | ANO | NE |

Jiná sdělení lékaře:

Doporučuji – nedoporučuji přijetí dítěte do mateřské školy

_____ Datum

_____ Razítko a podpis lékaře

Uvedené údaje podléhají ochraně zejména podle zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím, ve znění pozdějších předpisů a zákona č. 365/2000 Sb., o informačních systémech veřejné správy a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů.