



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:

Státní příslušnost: -----

Individuální vzdělávání (u povinného předškolního vzdělávání):

Ano - Ne

Jméno dítěte:

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: _____

Vdne:

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., Zákon o ochraně osobních údajů v platném znění, zpracovávala tato instituce výše uvedené osobní údaje.

V Olbramovicích dne _____

.....
Podpis zákonného zástupce