**PŘIHLÁŠKA DÍTĚTE** CMŠ Studánka

**K ZÁPISU DO MATEŘSKÉ ŠKOLY**  Ke Kamýku 686

142 00 Praha 4

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Jméno |  | | | |
| Příjmení |  | | | |
| Datum narození |  | | Státní občanství |  |
| Bydliště |  | | |  |
| Mateřský jazyk |  | Kód zdravotní pojišťovny | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| K zápisu | Od (den, měsíc, rok) | |
| Na celodenní docházku, přibližný čas | | Od hod. Do hod. |

**Údaje o rodině dítěte**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Jméno a příjmení otce:** |  | | |
| **Mobilní telefon otce:** |  | | |
| **E-mail otce:** |  | | |
|  |  | | |
| **Jméno a příjmení matky:** |  | | |
| **Mobilní telefon matky:** |  | | |
| **E-mail matky:** |  | | |
|  |  | | |
| **Nepracuje** | **Na MD** | | **Do zaměstnání nastoupí:** |
| **Sourozenci (jméno, 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. | | |
| Bereme na vědomí, že v případě uvedení nepravdivých údajů, lze kdykoli zrušit rozhodnutí o přijetí dítěte. | | |
| V……………………………… | Dne……………………………. | Podpisy otce, matky: |

**Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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. Jedná se o dítě se speciálními potřebami dle školského zákona §16 odst. 2? | ANO | NE |
| 9. Pokud ano, s jakým postižením? |  | |
|  | | |
| Jiná sdělení lékaře: | | |
| Doporučuji – nedoporučuji přijetí dítěte do MŠ | | |
| …………………………………………… …………………………………………………  Datum Razítko a podpis lékaře | | |