**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 |