II. Mateřská škola Jiráskova 1141, Moravská Třebová, okres Svitavy

 ČJ. : ………………..

**ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ**

JMÉNO A PŘÍJMENÍ ŽADATELE …………………………………………………

BYTEM: ………………………………………………………………………………….

TELEFON: ………………………………………………………………………………

E-MAIL: ………………………………………………………………………………..

ŽÁDÁM O PŘIJETÍ MÉHO DÍTĚTE:

JMÉNO A PŘÍJMENÍ DÍTĚTE: ………………………………………………………

Datum narození: ……… místo narození……………rodné číslo dítěte………………

Trvalý pobyt (jen je-li odlišný)………………………………………………………….

Přijetí do II. Mateřské školy Jiráskova 1141, Moravská Třebová, okres Svitavy

Celodenní docházka od ………………

Individuální vzdělávání dle § 34 b školského zákona (povinné předškolní vzdělávání)

od ………………………..

Kód zdravotní pojišťovny:…………………..

Údaje o rodině:

Jméno a příjmení otce:…………………………Telefon:…………………………...

Jméno a příjmení matky:………………………Telefon:…………………………...

Sourozenci:…………………………………………………………………………….

Prohlášení žadatele: zavazujeme se, že neprodleně oznámíme učitelce mateřské školy výskyt přenosné choroby v rodině, nebo nejbližším okolí dítěte, onemocnění dítěte přenosnou chorobou nebo onemocnění osoby, se kterou dítě přišlo do styku.

PODPIS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE: …………………………………………….

V MORAVSKÉ TŘEBOVÉ DNE: …………………

PŘEVZALA: …………………………………………

**PŘIHLÁŠKA KE STRAVOVÁNÍ**

**Jméno a příjmení dítěte**:----------------------------------

**Bydliště**:------------------------------------------------------

**Celodenní stravování**

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE,**

*KE ZDRAVOTNÍMU STAVU DÍTĚTE SE ZOHLEDNĚNÍM POTŘEB DÍTĚTE NA SPECIÁLNÍ VÝCHOVNOU PÉČI A REŽIM – ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ, CHRONICKÉ ONEMOCNĚNÍ, ODCHYLKY V PSYCHOMOTORICKÉM VÝVOJI:*

1. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji? ANO NE

2. Trpí dítě chronickým onemocněním? ANO NE

3. Je potřeba speciální výchovy? ANO NE

4. Bere dítě pravidelně léky? ANO NE

5. Bere pravidelně léky? ANO NE

6. Dítě řádně očkováno? ANO NE

7. Možnosti účasti na akcích školy, plavání, atd.

Jiná sdělení lékaře:

  **DOPORUČUJI - NEDOPORUČUJI**

 K PŘIJETÍ DÍTĚTE DO MATEŘSKÉ ŠKOLY

**DATUM** : **RAZÍTKO A PODPIS LÉKAŘE** :

 …………………………. ……………………………………………

 [**Zápisní list**](#_top)

Mateřská škola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Zápisní list pro školní rok 2021/2022**

Jméno a příjmení dítěte\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum narození\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rodné číslo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Místo narození\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mateřský jazyk\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Státní občanství\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Trvalý pobyt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zdravotní pojišťovna \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sourozenci: jméno, třída \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OTEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bydliště (pokud je odlišné)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MATKA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bydliště (pokud je odlišné)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_ května 2021

Zapsala: