

PŘIHLÁŠKA DÍTĚTE K ZÁPISU DO MATEŘSKÉ ŠKOLY

Jméno a příjmení dítěte: _____

Adresa: _____

Datum narození: _____ Rodné číslo: _____

Místo narození: _____

Mateřský jazyk: _____ Stát. obč.: _____

Kód zdravotní pojišťovny dítěte: _____

K zápisu od _____ (den, měsíc, rok)

na celodenní docházku od _____ hod. do _____ hod.

polodenní docházku od _____ hod. do _____ hod.

Údaje o rodině dítěte:

Jméno a příjmení otce: _____

Adresa: _____

Telefon: _____

E-mail: _____

Zaměstnání: _____

Jméno a příjmení matky: _____

Adresa: _____

Telefon: _____

E-mail: _____

Zaměstnání: _____

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 _____ podpisy matky, otce _____

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 _____ podpisy matky, otce _____

V SOUČASNÉ SITUACI NENAVŠTĚVUJTE OSOBNĚ PRAKTICKÉHO LÉKAŘE.

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ K OČKOVÁNÍ

Prohlašuji, že _____, nar. _____,
(jméno a příjmení dítěte) (datum narození)

se podrobil(a) všem stanoveným pravidelným očkováním podle zákona o ochraně zdraví.

Příloha: kopie očkovacího průkazu

Podpis zákonného zástupce: _____

Pozn. V případě, že dítě nebylo očkováno podle očkovacího kalendáře, musí zákonný zástupce kontaktovat na dálku praktického lékaře a vyžádat si od něj potvrzení, že je dítě proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci.