**PŘIHLÁŠKA DÍTĚTE K ZÁPISU DO MATEŘSKÉ ŠKOLY**

Kontakt MŠ: 595 694 545, [www.deaf-ostrava.cz](http://www.deaf-ostrava.cz), email: [materska.skola@deaf-ostrava.cz](mailto:materska.skola@deaf-ostrava.cz)

Údaje o dítěti:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jméno: | | Příjmení: |
| Datum narození: | | Rodné číslo: |
| Trvalý pobyt (u cizinců místo pobytu): | | |
| Státní občanství: | | Mateřský jazyk: |
| Zdravotní pojišťovna: Kód ZP: | | |
| K zápisu: od……………………………………………………………..(den, měsíc, rok) | | |
| Celodenní docházku | od do (hodin) | |
| Polodenní docházku | od do (hodin) | |

Údaje o rodině:

|  |
| --- |
| Jméno a příjmení matky:  Datum narození:  Bydliště, pokud je odlišné: |
| Zaměstnavatel (adresa, telefon): |
| Jméno a příjmení otce:  Datum narození:  Bydliště, pokud je odlišné: |
| Zaměstnavatel: |
| 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.  V………………………dne………………Podpis matky, otce……………………………… |

**STRAVOVÁNÍ**

|  |
| --- |
| Celodenní stravování: |
| Polodenní stravování: |
| Omezení ve stravování (alergie na potraviny, celiakie aj.) |
| Potvrzuji správnost údajů a zavazuji se k včasné úhradě poplatků za stravování. V případě jakékoliv změny týkající se platby za stravu dítěte budu neprodleně informovat vedoucí školní jídelny nebo vedení školy.  Jako zákonný zástupce svého dítěte plně zodpovídám za zdravotní následky, které vzniknou v důsledku požití potravin, které mé dítě nesmí, je na ně alergické, intolerantní. O problémech vím, ale v MŠ jsem je písemně nepotvrdil – nezaznamenal.  V ………………………….dne……………Podpis zákonných zástupců……………………............ |

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU DÍTĚTE**

|  |
| --- |
| 1. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti: 2. zdravotní b) tělesné smyslové (jaké) c) jiné |
| 1. Dítě je řádně očkováno: a) ano b) ne (důvod) |
| 1. Možnost účasti na akcích školy: 2. plavání b) saunování c) škola v přírodě d) lyžařský kurz e) výlet – exkurze |

\*nehodící se škrtněte

|  |
| --- |
| 1. Jiná sdělení lékaře o dítěti:  * pravidelné užívání léků * chronická onemocnění * alergie (potravinové, pylové, aj……) * odchylky v psychomotorickém vývoji * omezení (sportovní aktivity, stravování, aj….) * je potřeba speciálního a) režimu b) výchovy c) vzdělávání   Jiná sdělení:  **Doporučuji – nedoporučuji \*** přijetí dítěte do mateřské školy.  V ……………………….dne………………Razítko a podpis lékaře |