

## Přihláška dítěte k zápisu do mateřské školy

### 1. Dítě

- a. Jméno a příjmení \_\_\_\_\_
- b. Datum narození \_\_\_\_\_
- c. Mateřský jazyk \_\_\_\_\_
- d. Státní občanství \_\_\_\_\_
- e. Bydliště, PSČ \_\_\_\_\_
- f. Kód zdravotní pojišťovny \_\_\_\_\_
- g. K zápisu od (datum) \_\_\_\_\_

### 2. Zákonný zástupce

- a. Zákonný zástupce 1
  - Jméno a příjmení \_\_\_\_\_
  - Telefon \_\_\_\_\_
  - Email \_\_\_\_\_
  - Bydliště (pokud se liší od žáka) \_\_\_\_\_
- b. Zákonný zástupce 2
  - Jméno a příjmení \_\_\_\_\_
  - Telefon \_\_\_\_\_
  - Email \_\_\_\_\_
  - Bydliště (pokud se liší od žáka) \_\_\_\_\_
- c. Primární kontaktní osoba v případě mimořádné události
  - Jméno a příjmení \_\_\_\_\_

### 3. Prohlášení zákonných zástupců

- a. Zavazujeme se, že neprodleně oznámíme mateřské škole výskyt přenosné choroby v rodině nebo nejbližším okolí dítěte, onemocnění dítěte přenosnou chorobou nebo onemocnění osoby, s níž dítě přišlo do styku.
- b. Svým podpisem uděluji Základní škole a mateřské škole Ledčice, okres Mělník, příspěvková organizace, Ledčice 179, 277 08 výslovný souhlas se zpracováním údajů za účelem vedení školní matriky a dalších údajů (telefonní spojení, e-mail) za účelem nezbytného kontaktu se školou. V případě jakýchkoliv jejich změn budu školu neprodleně informovat.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

Podpis zákonného zástupce:

#### 4. Vyjádření lékaře

- |  |     |    |
|--|-----|----|
| a. Dítě se <b>podrobilo stanoveným pravidelným očkováním</b> (popř. splnilo podmínku nezbytného očkovacího statusu pro přijetí k předškolnímu vzdělávání v rozsahu nejméně jedné dávky očkovací látky proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám a dále v případě očkování hexavakcínou bylo dítě očkováno ve schématu minimálně 2+1 dávka), | Ano | Ne |
| nebo je proti nákaze imunní  | Ano | Ne |
| nebo se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci.   | Ano | Ne |
| b. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji?  | Ano | Ne |
| c. Trpí dítě chronickým onemocněním?   | Ano | Ne |
| d. Bere dítě pravidelně léky?  | Ano | Ne |
| e. Alergie:  | Ano | Ne |
| f. Jde o integraci dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami?   | Ano | Ne |
| g. Je potřeba speciální výchovy?   | Ano | Ne |
| h. Je potřeba speciálního vzdělávacího režimu?   | Ano | Ne |
| i. Může se dítě zúčastňovat speciálních akcí školy jako je plavání, výlet apod.?   | Ano | Ne |
| j. <b>Doporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání.</b>   | Ano | Ne |
| k. Jiná sdělení lékaře:  |     |    |

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

Razítko a podpis lékaře