**Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání do MŠ Růženka**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Registrační číslo:** |  | | **K zápisu od:** |  |
| **Přihláška současně podána do MŠ:**  *(seřadit v preferenčním pořadí)* | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Údaje o dítěti*** | | | | | | | | | | | | | |
| **Příjmení:** | | |  | | | | **Jméno:** | | |  | | | |
| **Datum narození:** | | | |  | | | **Rodné číslo:** | | |  | | | |
| **Zdravotní pojišťovna:** | | | | | |  | | **Státní příslušnost:** | | | | |  |
| ***Trvalé bydliště*** | | | | | | | | | | | | | |
| **Ulice:** |  | | | | | | | | **Č. p./č. o.** | | |  | |
| **Město:** | |  | | | | | | | | | **PSČ:** | |  |
| **Místo narození:** | | | | |  | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Údaje o zákonných zástupcích*** | | | | | |
| ***Matka*** | | | | | |
| **Příjmení:** | |  | **Jméno:** |  | |
| **Telefon:** |  | | **Datová schránka:** | |  |
| **E-mail:** |  | | | | |
| ***Otec*** | | | | | |
| **Příjmení:** | |  | **Jméno:** |  | |
| **Telefon:** |  | | **Datová schránka:** | |  |
| **E-mail:** |  | | | | |

|  |
| --- |
| ***Sourozenci (příjmení a jméno):*** |
|  |

Zákonní zástupci se **dohodli**, že záležitosti s přijetím dítěte k předškolnímu vzdělávání **bude vyřizovat** zákonný zástupce (příjmení a jméno): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Podpisy zákonných zástupců (*u samoživitelů pouze jeden podpis*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Přihláška ke stravování v MŠ**

Je-li dítě v době podávání jídla přítomno v mateřské škole, vždy se zde stravuje (dle § 4, odst. 1 vyhlášky č. 4/2015 Sb., o předškolním vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Údaje o strávníkovi*** | | | | | | | | | | |
| **Příjmení:** | |  | | **Jméno:** | | |  | | | |
| ***Trvalé bydliště*** | | | | | | | | | | |
| **Ulice:** |  | | | | | **Č. p./č. o.** | | |  | |
| **Město:** |  | | | | | | | **PSČ:** | |  |
| **Typ stravování (zaškrtněte):** | | | celodenní polodenní | | | | | | | |
| **Číslo účtu, ze kterého bude stravování hrazeno:** | | | | |  | | | | | |

Potvrzuji správnost údajů a zavazuji se, že budu platit měsíční zálohu stravného a oznámím neprodleně každou změnu, která by měla vliv na stanovení poplatku za stravování.

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

Podpis zákonného zástupce: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vyjádření dětského lékaře**

1. Dítě je zdravé, bylo řádně očkované, může být přijato do MŠ bez omezení: **ANO NE**
2. Dítě užívá pravidelně léky: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Dítě se může zúčastňovat akcí školy (plavání, bruslení, školy v přírodě, …): **ANO NE**
4. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti (chronické onemocnění, alergie, speciální výchova a režim, zdravotní postižení, apod.):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Doporučuji přijetí dítěte do mateřské školy:** **ANO NE**

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Razítko a podpis lékaře: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_