

# PŘIHLÁŠKA DÍTĚTE k zápisu do Mateřské školy Dr.E.Beneše pro školní rok 2024/2025

**Jméno:** **Příjmení:**  
**Datum narození:** **Místo narození:** **Státní občanství:**  
**Bydliště:**  
**Mateřský jazyk:** **Kód zdravotní pojišťovny:**  
**Adresa spádové MŠ (jen pro PPRPV\*\*):**

**Jméno a příjmení otce:** **Datum narození:**  
**Bydliště:**  
**Telefon, email, datová schránka:**

**Jméno a příjmení matky:** **Datum narození:**  
**Bydliště:**  
**Telefon, email, datová schránka:**

**Sourozenci** (jen pokud už jsou přijati v MŠ Dr. E. Beneše) – jméno a datum narození

## **Prohlášení zákonných zástupců:**

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.

Bereme na vědomí, že v případě uvedení nepravdivých údajů, lze kdykoliv zrušit rozhodnutí o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání.

Souhlasíme se zpracováním osobních údajů pro účely zápisu k předškolnímu vzdělávání pro školní rok 2024/2025.

V ..... dne ..... Podpisy obou zákonných zástupců

.....  
.....

\*Povinný poslední ročník předškolního vzdělávání

## PŘIHLÁŠKA ke školnímu stravování

**Jméno a příjmení dítěte:**

**Bydliště:**

Prohlašuji, že můj syn/dcera má/nemá lékařem diagnostikované onemocnění, které mu/ji brání v běžném stravování. V opačném případě si s MŠ dohodnu zvláštní podmínky pro úpravu stravy, pro které přinesu potvrzení od lékaře.

Potvrzuji správnost údajů a zavazuji se, že budu včas hradit stravné a oznámím neprodleně každou změnu, která by měla mít vliv na stravovací režim dítěte.

V..... dne .....Podpis obou zákonných zástupců

.....  
.....

**Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte:**

- |  |     |    |
|--|-----|----|
| 1. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji?                            | ANO | NE |
| 2. Trpí dítě chronickým onemocněním?                                   | ANO | NE |
| 3. Jsou nutná podpůrná opatření?                                       | ANO | NE |
| 4. Je vhodný speciální režim?  | ANO | NE |
| 5. Bere dítě pravidelně léky?  | ANO | NE |
| 6. Může se dítě zúčastnit speciálních aktivit (plavání, výlety apod.)? | ANO | NE |
| 7. Je dítě pravidelně očkováno?*                                       | ANO | NE |
| 8. Jedná se o integraci dítěte?  | ANO | NE |
| 9. S jakou diagnózou?  | ANO | NE |

Jiná sdělení lékaře:

**Doporučuji – nedoporučuji přijetí dítě k předškolnímu vzdělávání.**

.....  
Datum

.....  
Razítko a podpis lékaře

\*Netýká se povinného posledního ročníku předškolního vzdělávání