



## MATEŘSKÁ ŠKOLA DRÁČEK, POVRLY – NEŠTĚDICE

Sídlíště I 42,

403 32 Povrly

Mobil: 775 147 987, E-mail: dracekpovrly@volny.cz, www.msdracekpovrly.cz

### PŘIHLÁŠKA DÍTĚTE K ZÁPISU DO MATEŘSKÉ ŠKOLY

Žádost podává zákonný zástupce

Jméno a příjmení	
Datum narození	
Trvalé bydliště	
Telefon	
E-mail	

Žádám o přijetí svého syna /dcery/<sup>1</sup> do Mateřské školy Dráček, Povrly - Neštědice

Jméno a příjmení	
Datum narození	
Trvalé bydliště	
Zdravotní pojišťovna	
Národnost	

K zápisu (datum nástupu) od .....(den, měsíc, rok).

Prohlašuji, že mému dítěti JE x NENÍ diagnostikováno speciálně odborným pracovištěm mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, závažné poruchy chování, závažné poruchy řeči, souběžné postižení s více vadami nebo autismus.

Prohlašuji, že uvedené údaje jsou pravdivé. Jsem si vědom/a toho, že pokud se mnou uvedené informace prokážou být nepravdivé, neúplné nebo nepřesné, budu čelit všem z toho vyplývajícím následkům.

Datum podání žádosti: .....

.....  
Podpis zákonného zástupce

#### RYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU DÍTĚTE

1. Dítě se podrobilo povinnému očkování dle ustanovení § 50 zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví? ANO x NE
2. Odchylky v psychomotorickém vývoji – jaké? ANO x NE  
Uveďte: \_\_\_\_\_
3. Trpí dítě chronickým onemocněním – jakým ? ANO x NE  
Uveďte: \_\_\_\_\_
4. Alergie \_\_\_\_\_

Jiná sdělení lékaře:

---

---

Doporučuji – nedoporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole.

.....  
Datum

.....  
Razítko a podpis lékaře