Montessori ZŠ a MŠ
LOMNICE

Základní škola a Mateřská škola Lomnice, okres Bruntál, příspěvková organizace
Lomnice 24, 79302 Lomnice, IČO: 75026520, www.skolalomnice.cz

PŘIHLÁŠKA DÍTĚTE K ZÁPISU DO MATEŘSKÉ ŠKOLY

Razítko mateřské školy

Jméno: _____

Příjmení: _____

Datum narození: _____ **Státní občanství**: _____

Bydliště: _____

Mateřský jazyk: _____ **Kód zdravotní pojišťovny**: _____

K zápisu od: _____ (den, měsíc, rok)

na celodenní docházku od _____ hod do _____ hod

na polodenní docházku od _____ hod do _____ hod

Údaje o rodině dítěte:

Jméno a příjmení otce: _____

Kontakt (telefon, e-mail): _____

Zaměstnavatel (adresa, telefon): _____

Jméno a příjmení matky: _____

Kontakt (telefon, e-mail): _____

Zaměstnavatel (adresa, telefon): _____

Nepracuje – na MD – do zaměstnání nastoupí: _____

Sourozenci – jméno a 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 _____ Podpisy matky, otce _____

Montessori ZŠ a MŠ
LOMNICE

Základní škola a Mateřská škola Lomnice, okres Bruntál, příspěvková organizace
Lomnice 24, 79302 Lomnice, IČO: 75026520, www.skolalomnice.cz

PŘIHLÁŠKA KE STRAVOVÁNÍ

Jméno a příjmení dítěte: _____

Bydliště: _____

Celodenní / polodenní stravování (hodící se zakroužkujte)

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

V _____ dne _____ Podpisy matky a otce: _____

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU DÍTĚTE

1. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji?	ANO	NE
2. Trpí dítě chronickým onemocněním?	ANO	NE
3. Je potřeba speciální výchovy?	ANO	NE
4. Je potřeba speciálního režimu?	ANO	NE
5. Bere dítě pravidelně léky?	ANO	NE
6. Může se dítě zúčastňovat speciálních akcí školy jako je plavání, výlet apod.?	ANO	NE
7. Je dítě pravidelně očkováno?	ANO	NE
8. Jde o integraci postiženého dítěte do mateřské školy?	ANO	NE
9. S jakým postižením?	ANO	NE

Jiné sdělení lékaře: _____

Doporučuji / nedoporučuji přijetí dítěte do mateřské školy.

(hodící se zakroužkujte)

Datum: _____ Podpis a razítko lékaře: _____