

Uvedené údaje podléhají ochraně zejména podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím, ve znění pozdějších předpisů a zákona č. 365/2000 Sb., o informačních systémech veřejné správy a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

# PŘIHLÁŠKA DÍTĚTE k zápisu do mateřské školy

Razítko mateřské školy

<b>Jméno</b>	
<b>Příjmení</b>	
Datum narození	Státní občanství:
Bydliště	
Mateřský jazyk	Kód zdravotní pojišťovny dítěte

<b>K zápisu</b>	od .....	(den, měsíc, rok)
na celodenní docházku	od ..... hod.	do ..... hod.
polodenní docházku	od ..... hod.	do ..... hod.

## Údaje o rodině dítěte

<b>Jméno a příjmení otce</b>
Zaměstnavatel (adresa, telefon)
<b>Jméno a příjmení matky</b>
Zaměstnavatel (adresa, telefon)
Nepracuje – na MD – do zaměstnání nastoupí <sup>1)</sup>
<b>Sourozenci</b> – 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. Souhlasím se zpracováním osobních údajů v souladu s nařízením EU GDPR (General data Protection Regulation).

V ..... dne ..... Podpisy matky, otce .....

<sup>1)</sup> nehodící se škrtněte

VOPLŇTE HŮLKOVÝM PÍSMEM NEBO PSACÍM STROJEM



# PŘIHLÁŠKA ke stravování

**Jméno a příjmení dítěte**

Bydliště

Celodenní stravování

Polodenní stravování

Potvrzuji správnost údajů a zavazuji se, že budu včas odevzdávat příspěvky a oznámím neprodleně každou změnu, která by měla vliv na stanovení poplatků za stravování.

V ..... dne ..... Podpisy matky, otce .....

## Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte

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

**Jiná sdělení lékaře:**

**Doporučuji – nedoporučuji<sup>1)</sup> přijetí dítěte do mateřské školy**

.....  
Datum

.....  
Razítko a podpis lékaře

<sup>1)</sup> nehodící se škrtněte