

Základní škola a Mateřská škola Olomouc – Nemilany, Raisova 1,
příspěvková organizace, 783 01 Olomouc – Nemilany, IČO: 750 295 11
Tel: 585 416 821, 606 785 945; e-mail: reditelka@zsnem.cz

Číslo jednací:

Registrační číslo:

PŘIHLÁŠKA DÍTĚTE

k zápisu do mateřské školy

Jméno dítěte:

Příjmení dítěte:

Datum narození:

Trvalý pobyt:

Doručovací adresa:

(pokud se neshoduje s trvalým pobytem)

Žádám o přijetí do MŠ od:

(den, měsíc, rok)

SLAVONÍN*

NEMILANY*

NEDVĚZÍ*

na celodenní docházku

(*nehodící škrtněte)

Jméno a příjmení otce:

Kontaktní telefon:

Email:

Jméno a příjmení matky:

Kontaktní telefon:

Email:

Datová schránka (osobní):

V Olomouci:

Jméno a příjmení zákonného zástupce
(hůlkovým písmem)

Podpis zákonného zástupce:

Registrace:

Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte

- | | | |
|---|------|-----|
| 1. Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním | ANO* | NE* |
| Dítě je proti nákaze imunní | ANO* | NE* |
| Dítě se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci | ANO* | NE* |

DOBROVOLNÉ:

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

S jakým postižením?

Jiná sdělení lékaře:

Doporučuji – nedoporučuji* přijetí do mateřské školy

(*nehodící škrtněte)

Datum

Razítko a podpis lékaře