

Žádost o přijetí dítěte do Mateřské školy Bučovice, příspěvkové organizace

Vyplní organizace

Doručeno dne:	Číslo jednací:	Registrační číslo:	Vyhodnocení:
---------------	----------------	--------------------	--------------

Vyplní žadatel

Žádost o přijetí dítěte:			
Jméno a příjmení:		Trvalé bydliště:	
Rodné číslo:	Mateřský jazyk:	Zdravotní pojišťovna:	Státní příslušnost:
Adresa pro doručení písemností (pokud se liší od trvalého bydliště dítěte):			
Sourozenec dítěte je a nebo v minulosti byl přijat do Mateřské školy Bučovice (údaj pro ověření bezdlužnosti k MŠ): <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
Zákonný zástupce - matka:			
Jméno a příjmení:		Trvalé bydliště (pokud se liší od trvalého bydliště dítěte):	
Telefon:		Email:	
Zákonný zástupce - otec:			
Jméno a příjmení:		Trvalé bydliště (pokud se liší od trvalého bydliště dítěte):	
Telefon:		Email:	
Preferované pracoviště:¹			
<input type="checkbox"/> MŠ Dvorská	<input type="checkbox"/> MŠ Komenského	<input type="checkbox"/> MŠ Kloboučky	
<input type="checkbox"/> MŠ Na Padělcích	<input type="checkbox"/> MŠ Vícemilice	<input type="checkbox"/> MŠ Školní	
¹ Vepište číslice 1 až 6 dle preference umístění dítěte na pracoviště. 1 - nejvíce preferované, 6 - nejméně preferované. Vaše preference pracoviště bude zohledněna pouze podle kapacitních možností MŠ.			
Požadovaná délka docházky dítěte do MŠ:			
<input type="checkbox"/> Celodenní	Datum nástupu dítěte k předškolnímu vzdělávání:		
<input type="checkbox"/> Polodenní			
Zákonní zástupci souhlasí se správou a použitím veškerých osobních údajů uvedených na této žádosti pro potřeby Mateřské školy Bučovice, příspěvkové organizace. Prohlašuji, že uvedené údaje jsou správné.			
V Bučovicích dne:		Podpisy zákonných zástupců:	

Vyplní registrující lékař

Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:			
<input type="checkbox"/> Žádná	<input type="checkbox"/> Tělesná	Jiná:	
<input type="checkbox"/> Zdravotní	<input type="checkbox"/> Smyslová		
Alergie dítěte:		Dítě bere pravidelně léky:	
<input type="checkbox"/> Ne	Ano, následující typ alergie:	<input type="checkbox"/> Ne	Ano, následující léky:
Možnost účasti na akcích školy			
Plavání:		Půldenní výlety:	
<input type="checkbox"/> Ano	Pouze s následujícím omezením:	<input type="checkbox"/> Ano	Pouze s následujícím omezením:
<input type="checkbox"/> Ne		<input type="checkbox"/> Ne	
Dítě je řádně očkováno:		Přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání do mateřské školy:	
<input type="checkbox"/> Ano		<input type="checkbox"/> Doporučuji	
<input type="checkbox"/> Ne		<input type="checkbox"/> Nedoporučuji	
Místo, den:	Razítko a podpis registrujícího lékaře:		