 **Mateřská škola Světlá Hora, příspěvková organizace**

 Světlá Hora č. 416 **PSČ:** 793 31 **IČO:** 19199716

 Webové stránky: mssvetlahora.cz **E-mail:** reditelka@mssvetlahora.cz

 **Tel**.: 601321443 Datová schránka – **ID: u5i6yb8**

 **Bankovní spojení: MONETA**, č.ú. 261321822/0600

 **Přihláška dítěte k zápisu do mateřské školy**

Jméno/a dítěte: .……………………………………..…… Příjmení dítěte: ……………………………………………..…..

Datum narození: ………………………………..………… Rodné číslo: ……………………………………………...….

Místo narození: ………………………………..…………. Státní občanství: …………………………………………..….....

Bydliště dítěte: ……………………………………………………………………………………………………………………………..…..…….

Mateřský jazyk: ………………………………………..…… Zdrav. Pojišťovna – číselný kód: ………………………….…

Zdrav. pojišťovna – název: ………………………………………………………………………………………………………………………..….

**Žádáme o přijetí našeho dítěte do Mateřské školy Světlá Hora, příspěvková organizace.**

Chtěli bychom, aby zahájilo docházku dne: ……………………………………………………………..…………………………………..

**A to docházku : CELODENNÍ** X **ČTYŘHODINOVOU**  (nehodící se škrtněte)

**ÚDAJE O RODINĚ PŘIHLAŠOVANÉHO DÍTĚTE:**

Matka:

Jméno a příjmení: ………………………………………………………………… Telefony: …………………….……………………………

Bydliště: (je-li jiné než dítěte) ……………………………………………………………………………………………………………….……..

Zaměstnání: (firma, telefon) ………………………………………………………………………………………………………………………..

Otec:

Jméno a příjmení: ……………………………………………………………….. Telefony: …………………………………………………..

Bydliště: (je-li jiné než dítěte) …………………………………………………………………………..………………………………………….

Zaměstnání: (firma, telefon) ……………………………………………………………………………..…………………………………………

E-mailové adresy na rodiče: ……………………………………………………………….……………………………….……………………….

Sourozenci: (jména a data narození) …………………………………………………………………..……..…………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Chceme upozornit na: (uveďte případné zvláštnosti vašeho dítěte, vaší rodiny, zdravotní omezení – alergie,..)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……

Telefon/y při náhlém onemocnění, úrazu: …………………………………………………………………………………………………..

Dítě bude v MŠ vyzvedávat: …………………………………………………………………………………………………………………………

U rozvedených rodičů: Dítě svěřeno do péče ……………………………………………………………………………..………………..

Prohlášení zákonných zástupců:

Prohlašujeme, že všechny uvedené údaje jsou úplné a pravdivé, zavazujeme se, že údaje budeme pravidelně a bez vyzvání aktualizovat – sdělíme ústně, nebo písemně pí. učitelce (telefony, pojišťovnu,…) Dále se zavazujeme, že pracovnicím MŠ neprodleně oznámíme výskyt přenosné choroby v rodině nebo nejbližším okolí dítěte, onemocnění přenosnou chorobou nebo onemocnění osoby, s níž dítě přišlo do styku. Také se zavazujeme, že dítě budu ráno osobně předávat pracovnicím MŠ a sdělíme i jeho aktuální zdravotní stav – ne zcela zdravé dítě do MŠ nepředáváme.

Zavazujeme se, že budeme včas platit příspěvky (školné, stravné…) a oznámíme také každou změnu, která má vliv na stanovení výše poplatků. Jsme si vědomi i sankcí (vyloučení dítěte z docházky).

Bereme na vědomí, že v případě uvedení nepravdivých údajů lze kdykoliv zrušit rozhodnutí o přijetí dítěte do MŠ.

V……………………………………….. Dne: ……………………… ………………………………………………………………………………

 podpisy zákonných zástupců

**Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte:**

1. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji? (pokud ANO – rozveďte níže) ANO NE

2. Trpí dítě chronickým onemocněním? (pokud ANO – rozveďte níže) ANO NE

3. Je potřeba speciální výchovy, speciálního přístupu? (pokud ANO – rozveďte níže) ANO NE

4. Je potřeba speciálního režimu? (pokud ANO – rozveďte níže) ANO NE

5. Bere dítě pravidelně léky? (pokud ANO – rozveďte níže) ANO NE

6. Může se zúčastňovat speciálních akcí školy (plavání, výlety, saunování,…) ANO NE

7. je dítě pravidelně očkováno? (pokud ANO – rozveďte níže) ANO NE

8. Jde o integraci postiženého dítěte do MŠ? (pokud ANO – příp. doporučení pro MŠ rozveďte níže) ANO NE

9. Je třeba speciální režim při stravování? (pokud ANO – rozveďte níže) ANO NE

10. Trpí dítě alergiemi? (pokud ANO – rozveďte níže) ANO NE

11. Pomočuje se dítě? ANO NE

13. Upřesňující/další sdělení lékaře….

**Závěr lékaře:** DOPORUČUJI x NEDOPORUČUJI přijetí dítěte do mateřské školy

Datum: ………………………………………. ……………………………………………………………………………………

 razítko a podpis lékaře