

**ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K CELODENNÍMU PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ**

do Mateřské školy……………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení dítěte: |  |
| Adresa trvalého pobytu:(ulice, č. p., obec, PSČ) |  |
| Datum narození: |  |
| Místo narození: |  |
| Rodné číslo: |  |
| Statní občanství: |  |
| Mateřský jazyk: |  |
| Zdravotní pojišťovna: |  |
| Jméno a kontakt na pediatra: |  |
| Vyjádření rodičů o zdravotním stavu dítěte, popřípadě jiné důležité informace: |  |

**zákonní zástupci dítěte:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **MATKA** | **OTEC** |
| Jméno a příjmení: |  |  |
| Adresa trvalého pobytu:(ulice, č. p., obec, PSČ) |  |  |
| Tel. číslo: |  |  |
| E – mail: |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| V Kutné Hoře | Podpis matky: |
| Datum:  | Podpis otce: |



**ЗАЯВА ПРО ПРИЙНЯТТЯ ДИТИНИ НА ПОВНИЙ ДЕНЬ В ДОШКІЛЬНИЙ ЗАКЛАД**

В дитячий садок……………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| Прізвище та ім‘я дитини: |  |
| Адреса постійного місця проживання:(вулиця, номер будинку, населений пункт, індекс) |  |
| Дата народження: |  |
| Місце народження |  |
| Індифікаційний номер: |  |
| Національність: |  |
| Рідна мова: |  |
| Медичне страхування: |  |
| ПІБ педіатра та контакт: |  |
| Висказування батьків про стан здоров’я дитини, іншу важливу інформацію: |  |

**Законний представник дитини:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **МАТИ** | **БАТЬКО** |
| Прізвище та ім‘я: |  |  |
| Адреса постійного місця проживання:(вулиця, номер будинку, населений пункт, індекс) |  |  |
| Номер тел.: |  |  |
| Електронна адреса: |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| В Кутній Горі | Підпис матері: |
| Дата:  | Підпис батька: |

**PŘIHLÁŠKA DÍTĚTE KE STRAVOVÁNÍ** 

**ЗАЯВА НА ХАРЧУВАННЯ ДИТИНИ** 

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení dítěte:Ім'я та прізвище дитини: |  |
| Adresa trvalého pobytu:(ulice, č. p., obec, PSČ)Адреса проживання:(вул., №., нас. пункт, індекс) |  |
| Datum narození:Дата народження: |  |
| Celodenní stravováníХарчування на цілий день |  |

**zákonní zástupci dítěte:**

**законні представники дитини:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **MATKA****МАТИ** | **OTEC****БАТЬКО** |
| Jméno a příjmení:Ім'я та прізвище: |  |  |
| Adresa trvalého pobytu:(ulice, č. p., obec, PSČ)Адреса проживання:(вул., №., нас. пункт, індекс) |  |  |
| Tel. Číslo:Номер телефону: |  |  |
| E – mail: |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| V Kutné HořeВ Кутній Горі | Podpis matky:Підпис матері: |
| Datum:Дата: | Podpis otce:Підпис батька: |



**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU DÍTĚTE**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení dítěte: |  |
| Adresa trvalého pobytu:(ulice, č. p., obec, PSČ) |  |
| Datum narození: |  |

**Vyjádření lékaře:**

|  |  |
| --- | --- |
| Jde o dítě se speciálně vzdělávacími potřebami? |  |
| Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji? |  |
| Trpí dítě chronickým onemocněním? |  |
| Může se dítě zúčastňovat speciálních akcí školy, jako je plavání, výlety? |  |
| Bere dítě pravidelně léky? |  |
| Je dítě očkováno? |  |
| Doporučuji přijetí dítěte do MŠ? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| V Kutné Hoře | Razítko lékaře |
| Datum:  | Podpis lékaře |



**ВИСНОВОК ЛІКАРЯ ПРО СТАН ЗДОРОВ’Я ДИТИНИ**

|  |  |
| --- | --- |
| Прізвище та ім‘я дитини: |  |
| Адреса постійного місця проживання:(вулиця, номер будинку, населений пункт, індекс) |  |
| Дата народження: |  |

**Висновок лікаря:**

|  |  |
| --- | --- |
| Це дитина з особливими освітніми потребами? |  |
| Є відхилення в психомоторному розвитку? |  |
| Чи страждає дитина хронічним захворюванням? |  |
| Чи може дитина брати участь у спеціальних шкільних заходах, таких¸як плавння, екскурсії? |  |
| Чи приймає дитина регулярно ліки? |  |
| Чи дитина має прививки? |  |
| Чи рекомендую прийняти дитину в дитячий садок? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| В Кутній Горі | Печатка лікаря  |
| Дата:  | Підпис лікаря |