

Prohlášení zákonného zástupce**

Zavazuji se, že neprodleně oznámím 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.

V

dne

Podpis zákonného zástupce

PŘIHLÁŠKA ke školnímu stravování**

Jméno a příjmení dítěte:

Trvalé bydliště:

Celodenní stravování:**

Polodenní stravování:**

Potvrzuji správnost údajů. Beru na vědomí povinnost oznámit jakoukoliv změnu, která by měla vliv na stanovení výše úhrady za stravování.

V

dne

Podpis zákonného zástupce

Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----|
| 1. Podrobilo se dítě povinnému očkování dle ustanovení § 50 zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví | ANO* | NE* |
| 2. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji – jaké? | ANO* | NE* |
| 3. Trpí dítě chronickým onemocněním – jakým? | ANO* | NE* |
| 4. Bere dítě pravidelně léky – jaké? | ANO* | NE* |

Jiná sdělení lékaře:

Doporučuji – nedoporučuji*
přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole

Datum

Razítko a podpis lékaře

* Nehodící se škrtněte

** Nepovinný údaj