



Mateřská škola Starý Mateřov, okres Pardubice

č.p. 117, 53002 Starý Mateřov, IČ: 71008101

ID datové schránky: qgq9vnq, tel. 466971030, email: sko_ka_materov@seznam.cz

PŘIHLÁŠKA DO DĚTSKÉ SKUPINY VŠEZNÁLEK STARÝ MATEŘOV 117, 530 02

DÍTĚ:

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Datum a místo narození:

Zdravotní pojišťovna:

Místo trvalého pobytu:

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE:

Jméno a příjmení:

Místo trvalého pobytu:

Kontaktní telefon:

E:mail:

Datová schránka*:

* - Nepovinný údaj, jehož vyplněním souhlasí zákonný zástupce s jeho zpracováním pouze pro účel zefektivnění komunikace mezi dětskou skupinou a zákonným zástupcem

Prohlašuji, že veškeré údaje, které jsem v žádosti uvedl/a, jsou přesné, pravdivé a úplné.

V _____ dne _____

Jméno a podpis zákonného zástupce

Pro dodržení podmínek, stanovených § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, při přijetí dítěte do dětské skupiny, je součástí vyjádření dětského lékaře.

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE – POSUDEK ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození: _____

1. Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním	ANO	NE
<i>nebo</i> je proti nákaze imunní	ANO	NE
<i>nebo</i> nemůže se očkování podrobit pro kontraindikaci	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
5. Vyžaduje speciální péči v oblasti: zdravotní, tělesné, smyslové, jiné	ANO	NE
6. Posuzované dítě má alergie – jakou?	ANO	NE
6. Dítě je zdravotně způsobilé k nástupu do dětské skupiny	ANO	NE

Sdělení lékaře:

_____ Datum

_____ Razítko a podpis lékaře