

# Žádost o přijetí dítěte do Mateřské školy Bučovice, příspěvkové organizace

## Vyplní organizace

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

## Vyplní žadatel

<b>Žádost o přijetí dítěte:</b>			
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:			
<input type="checkbox"/> Ano		<input type="checkbox"/> Ne	
<b>Zákonný zástupce - matka:</b>			
Jméno a příjmení:		Trvalé bydliště (pokud se liší od trvalého bydliště dítěte):	
Telefon:		Email:	
<b>Zákonný zástupce - otec:</b>			
Jméno a příjmení:		Trvalé bydliště (pokud se liší od trvalého bydliště dítěte):	
Telefon:		Email:	
<b>Preferované pracoviště:<sup>1</sup></b>			
<input type="checkbox"/> Sovětská 931	<input type="checkbox"/> Na Padělcích 863	<input type="checkbox"/> Součkova 254	
<input type="checkbox"/> Vícemilice 161	<input type="checkbox"/> Kloboučky 107	<input type="checkbox"/> Školní 710	
1) Vepište číslce 1 až 6 dle preference umístění dítěte na pracoviště. 1 - nejvíce preferované pracoviště, 6 - nejméně preferované pracoviště.			
<b>Požadovaná délka docházky dítěte do MŠ:</b>			
<input type="checkbox"/> Celodenní		Datum nástupu dítěte k předškolnímu vzdělávání:	
<input type="checkbox"/> Polodenní			
<b>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.</b>			
Bučovice, dne:		Podpisy zákonných zástupců:	

## Vyplní ošetřující lékař

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