**Přihláška a evidenční list dítěte k zápisu do LMŠ Děti z jurty**

|  |
| --- |
| **Údaje o dítěti** |
| jméno a příjmení |   |
| datum narození |   |
| rodné číslo |   |
| zdravotní pojišťovna |   |
| adresa bydliště |   |
| mateřský jazyk |   |

|  |
| --- |
| **Údaje o matce dítěte\*** |
| jméno a příjmení |   |
| adresa bydliště |   |
| telefon a e-mail |   |
| údaje o zaměstnavateli(adresa a telefon) |   |

|  |
| --- |
| **Údaje o otci dítěte\*** |
| jméno a příjemní |   |
| adresa bydliště |   |
| telefon a e-mail |   |
| údaje o zaměstnavateli(adresa a telefon) |   |

|  |
| --- |
| **Údaje o dalších osobách, které jsou rodiči pověřeny k vyzvedávání dítěte z LMŠ** |
| jméno a příjmení |   |
| vztah k dítěti |   |
| adresa bydliště |   |
| telefon |   |

\* V případě, že je dítě ve výhradní péči/žije ve společné domácnosti pouze jednoho z rodičů, vyplňte údaje pouze za tohoto rodiče.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rozsah docházky (zvolte pouze jednu možnost)** |  |  |
|  | každodenní docházka 08:00 – 16:15 | po - pá |  |
|  | docházka zkrácená 08:00 – 16:15\*\* | po | út | st | čt | pá |
| **Rozsah stravování:** |  |  |
|   | Oběd (svačiny zajišťuje rodič) |  |

\*\* zakroužkujte vybrané dny

|  |  |
| --- | --- |
| **Termín nástupu dítěte do LMŠ** |   |

|  |
| --- |
| **Úhrada nákladů za služby péče o dítě v dětské skupině bude prováděna:** |
|   | bankovním převodem |
|   | v hotovosti |

|  |
| --- |
| **Údaje o zdravotním stavu dítěte a případných omezení z něho vyplývajících, které by mohly mít vliv na poskytování služby péče o dítě v dětské skupině:** |
|  |
|
|
|
|

Rodič je povinen neprodleně informovat poskytovatele o změně zdravotního stavu nebo případných omezeních spojených se změnou zdravotního stavu, které by mohly mít vliv na poskytování vzdělávání v LMŠ.

Svým podpisem rodiče stvrzují pravdivost uvedených údajů a berou na vědomí, že uvedení nepravdivých údajů může mít za následek nepřijetí dítěte do LMŠ či zrušení rozhodnutí o přijetí dítěte do zařízení.

Poskytnuté osobní údaje podléhají ochraně zejména podle zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

V ….......................... dne ………………………… ………………………… podpis matky podpis otce

|  |  |
| --- | --- |
| **Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte a potvrzení o očkování** |  |
| Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji dítěte? | ano/ne |
|  | Jaké? |  |  |
| Trpí dítě chronickým onemocněním? | ano/ne |
|   | Jakým? |  |  |
| Je potřeba speciální výchovy? | ano/ne |
|  | Jaké? |  |  |
| Je potřeba speciálního režimu? | ano/ne |
|  | Jakého? |  |  |
| Bere dítě pravidelně léky? | ano/ne |
|   | Jaké? |   |  |
| Může se dítě účastnit speciálních akcí, jako je například plavání, výlety apod.? | ano/ne |
|   | Případně specifikujte omezení: |   |  |
| Doporučuji přijetí dítěte do Lesní mateřské školy Děti z jurty | ano/ne |
| **Potvrzuji, že dítě se: 1) podrobilo stanoveným pravidelným očkováním**  **2) je proti nákaze imunní**  **3) nemůže se očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci. (vyberte jednu z možností, ostatní škrtněte)** |    |
|   ……………………. ……………………. Datum razítko a podpis lékaře pro děti a dorost |  |
|  |
|  |