

PŘIHLÁŠKA ke stravování

Jméno a příjmení dítěte

Bydliště

Celodenní stravování

Polodenní stravování

Potvrzuji správnost údajů a zavazuji se, že budu včas odevzdávat příspěvky a oznámím neprodleně každou změnu, která by měla vliv na stanovení poplatků za stravování.

V dne Podpisy matky, otce

Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte

- | | | | |
|----|---|-------------------|------------------|
| 1. | Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji? | ANO ¹⁾ | NE ¹⁾ |
| 2. | Trpí dítě chronickým onemocněním? | ANO ¹⁾ | NE ¹⁾ |
| 3. | Je potřeba speciální výchovy? | ANO ¹⁾ | NE ¹⁾ |
| 4. | Je potřeba speciálního režimu? | ANO ¹⁾ | NE ¹⁾ |
| 5. | Bere dítě pravidelně léky? | ANO ¹⁾ | NE ¹⁾ |
| 6. | Může se dítě zúčastňovat speciálních akcí školy jako je plavání, výlet apod.? | ANO ¹⁾ | NE ¹⁾ |
| 7. | Je dítě pravidelně očkováno? | ANO ¹⁾ | NE ¹⁾ |
| 8. | Jde o integraci postiženého dítěte do mateřské školy? | ANO ¹⁾ | NE ¹⁾ |
| 9. | S jaký postižením? | ANO ¹⁾ | NE ¹⁾ |

Jiná sdělení lékaře:

Doporučuji – nedoporučuji¹⁾ přijetí dítěte do mateřské školy

.....
Datum

.....
Razítko a podpis lékaře

¹⁾ nevhodící se škrtněte