Základní a mateřská škola Babice nad Svitavou **č.j.**
příspěvková organizace
664 01 Babice nad Svitavou 139
IČO: 70299641
Tel. MŠ: 545 237 187
E-mail: ms.babice@centrum.cz;

PŘIHLÁŠKA DÍTĚTE K ZÁPISU DO MATEŘSKÉ ŠKOLY

Jméno: **Registrační číslo:**
(vyplní škola)

Příjmení:

Datum narození: **Zdravotní pojišťovna:**

Trvalý pobyt:

Mateřský jazyk: **Státní občanství:**

Doručovací adresa:
(pokud je odlišná od adresy trvalého bydliště)

K zápisu od: **(měsíc, rok)**

Na celodenní docházku: **ANO** **NE**

Na polodenní docházku: **ANO** **NE**

MATKA (zákonný zástupce)

Jméno a příjmení:

Telefon: E-mail:

Trvalý pobyt:

OTEC (zákonný zástupce)

Jméno a příjmení:

Telefon. E-mail:

Trvalý pobyt:

Kontaktní osoba a telefon pro případ mimořádné události:

Bereme na vědomí, že v případě uvedení nepravdivých údajů, lze zrušit rozhodnutí o přijetí dítěte.

Je dohodnuto, že dítě bude zastupovat jeden ze zákonných zástupců (jméno a příjmení):

V Babicích nad Svitavou Podpis zákonného zástupce

Dne:

Vyjádření lékaře

Potvrzení o povinném očkování (netýká se dítěte plnícího povinné předškolní vzdělávání).

Dle ustanovení §50 zákona č. 258/2000Sb. o ochraně veřejného zdraví v platném znění.

Doporučuji – nedoporučuji

Přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole

Datum Razítko a podpis lékaře

VYPLŇUJE ŠKOLA

Žádost přijata dne: Podpis: