# PŘIHLÁŠKA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Jméno a příjmení dítěte: |  | | |
| Trvalé bydliště: |  | | |
| Současné bydliště: |  | | |
| Datum a místo narození: |  | Rodné číslo: |  |
| Mateřský jazyk: |  | Zdravotní pojišťovna: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Údaje o rodičích** | Matka |  | Otec |
| Jméno a příjmení: |  |  |  |
| Telefon: |  |  |  |
| E-mail: |  |  |  |
| Adresa (je-li jiná): |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Další kontaktní osoby** |  |
| Jméno a příjmení, telefon: |  |
|  |  |
| **Údaje o docházce** |  |
| Datum nástupu: |  |
| Specifikace docházky: |  |
|  |  |
| Požadavky na stravu: | Dopolední svačina / Oběd / Odpolední svačina\* |

Souhlasím se zveřejňováním fotografií mého dítěte pro účely prezentace školičky: ano / ne\*  
Beru na vědomí, že přinášení vlastní stravy je na moji vlastní odpovědnost.  
**Svým podpisem vyjadřuji souhlas s platebními podmínkami uvedenými v** [**aktuálním ceníku**](https://www.kuliskovaskolicka.cz/index.php?link=informace#cenik)**.**

*(\* Nehodící se škrtněte)*

V Brně dne Podpis:

# VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE - Příloha k přihlášce do MŠ

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení dítěte: |  |
| Rodné číslo: |  |

*(Nehodící se škrtněte)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dítě je zdravé | Ano / ne |  |
| Dítě je řádně očkováno | Ano / ne |  |
| Dítě vyžaduje speciální péči | Ano / ne |  |
| - specifikace speciální péče: |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Alergie: |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Další závažná sdělení: |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| V dne | Razítko a podpis lékaře: |  |