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 – nedoporučuji[1)] přijetí dítěte do mateřské školy

....

Datum Razítko a podpis lékaře

[1)] nehodící se škrtněte

49176400