



PŘIHLÁŠKA DO MINIŠKOLKY ALFÍK

Údaje o dítěti

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

Adresa bydliště:

Státní občanství:

Jak často bude Vaše dítě miniškolku navštěvovat – zaškrtněte:

- 1 x týdně
- 2 x týdně
- 3 x týdně
- 4 x týdně
- 5 x týdně

Určete přibližné časové rozmezí v rámci otevírací doby miniškolky (7:00 – 17:00), kdy bude dítě školku navštěvovat:

Zdravotní pojišťovna:

Datum nástupu do miniškolky

Poznámky (specifické požadavky)

Údaje o zákonných zástupcích

Matka

Jméno a příjmení

E-mail

Telefon

Bydliště:

Zaškrtněte:

- Zaměstnanecký poměr
- OSVČ
- Student
- V evidenci uchazečů o zaměstnání na Úřadu práce
- Mateřská či rodičovská dovolená



Otec

Jméno a příjmení

E-mail

Telefon

Bydliště:

Zaškrtněte:

- Zaměstnanecký poměr
- OSVČ
- Student
- V evidenci uchazečů o zaměstnání na Úřadu práce
- Mateřská či rodičovská dovolená

Dítě bude po ukončení docházky v miniškolce vyzvedávat: (jméno, příjmení, vztah, telefon)

Datum a podpis zákonného zástupce:

Informace o dítěti

Navštěvovalo Vaše dítě již někdy nějaké předškolní zařízení (MŠ, jesle apod.)? ANO NE

Má Vaše dítě nějaké obtíže (pomočování, hyperaktivita, poruchy spánku, obtíže při začlenění v kolektivu apod.)

Má Vaše dítě nějaké speciální potřeby (stravovací omezení, alergie, pitný režim apod.)?

Vyniká Vaše dítě v nějaké oblasti (výtvarná činnost, čtení, sport apod.)?

Děkujeme za vyplnění!

Datum a podpis zákonného zástupce:



Vyjádření lékaře

Potvrzuji, že
je zdravý/a a může být přijat/a do miniškolky Alfík.

narozen/a dne

Alergie - zaškrtněte:

- Žádné
- Prach
- Roztoči
- Bodnutí hmyzem
- Květiny, trávy
- Jiné

Jaké:

Jiné zdravotní potíže:

- Epilepsie
- Asthma bronchiale
- Jiné

Jaké:

Ostatní sdělení o dítěti:

Zároveň potvrzuji, že dítě – zaškrtněte:

- je řádně očkováno dle zákona § 46 zákona č. 258/2000 Sb.,
- je proti nákaze imunní,
- se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci.

V dne

razítko a podpis lékaře