

# 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 <sup>1)</sup> | NE <sup>1)</sup> |
| 2. Trpí dítě chronickým onemocněním?   | ANO <sup>1)</sup> | NE <sup>1)</sup> |
| 3. Je potřeba speciální výchovy?   | ANO <sup>1)</sup> | NE <sup>1)</sup> |
| 4. Je potřeba speciálního režimu?  | ANO <sup>1)</sup> | NE <sup>1)</sup> |
| 5. Bere dítě pravidelně léky?  | ANO <sup>1)</sup> | NE <sup>1)</sup> |
| 6. Může se dítě zúčastňovat speciálních akcí školy jako je plavání, výlet apod.? | ANO <sup>1)</sup> | NE <sup>1)</sup> |
| 7. Je dítě pravidelně očkováno?  | ANO <sup>1)</sup> | NE <sup>1)</sup> |
| 8. Jde o integraci postiženého dítěte do mateřské školy?                         | ANO <sup>1)</sup> | NE <sup>1)</sup> |
| 9. S jakým postižením?   | ANO <sup>1)</sup> | NE <sup>1)</sup> |

Jiná sdělení lékaře:

**Doporučuji – nedoporučuji<sup>1)</sup> přijetí dítěte do mateřské školy**

.....  
Datum

.....  
Razítko a podpis lékaře

<sup>1)</sup> nehodící se škrtněte