

Mateřská škola Jedovnice
Havlíčkovo náměstí 224
679 06 Jedovnice



Telefon: 516 442 124, 722 686 637
email: msjedovnice@gmail.com

PŘIHLÁŠKA DÍTĚTE K ZÁPISU DO MATEŘSKÉ ŠKOLY

Jméno:
Příjmení:
Datum narození:
Mateřský jazyk /Zdravotní pojišťovna:
Příjmení a jméno lékaře:
Telefon:
Adresa zdrav. zařízení:

Prohlašuji, že se můj syn/dcera podrobil/la povinným stanoveným očkováním popřípadě, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci. Dle ustanovení § 50 zákona 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví v platném znění.

K zápisu od 1.9.2011	
na celodenní docházku	ANO / NE
4 hodiny denně	ANO / NE
5dní v měsíci	ANO / NE

Otec (zákonný zástupce) Jméno a příjmení:Telefon:
MATKA (zákonný zástupce) Jméno a příjmení:Telefon:
Kontaktní osoba a telefon pro případ mimořádné události:.....
Sourozenci – Jméno a datum narození

Podpis zákonného zástupce:

Datum ukončení pobírání rodičovského příspěvku: