



www.amsmontessori.cz
+420 602 105 127
reditel@amsmontessori.cz
Mgr. Hoffman Daniel

Číslo jednací

Datum přijetí

K rukám ředitele mateřské školy

Formulář vyplňte hůlkovým písmem

ÚDAJE O DÍTĚTI

Příjmení, jméno:

Datum narození:

Místo narození:

(Ulice, č.p., PSČ, místo)

Rodné číslo:

Adresa trvalého bydliště:

(Ulice, č.p., PSČ, místo)

Státní občanství:

Národnost:

Mateřský jazyk:

Zdravotní pojišťovna:

Školní rok: Škola: Třída: Přijato: Odešlo:

.....

.....

.....

ÚDAJE O ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCÍCH A RODINĚ

OTEC

Příjmení, jméno, titul:

Datum narození:

Adresa trvalého bydliště:

(Ulice, č.p., PSČ, místo)

Doručovací adresa:

(není-li shodná s místem trvalého pobytu)

Telefon:

E-mail:

Zaměstnání:

MATKA

Příjmení, jméno, titul:

Datum narození:

Adresa trvalého bydliště:

(Ulice, č.p., PSČ, místo)

Doručovací adresa:

(není-li shodná s místem trvalého pobytu)

Telefon:

E-mail:

Zaměstnání:



PORUČNÍK, PĚSTOUN, JINÁ OSOBA

(osoba oprávněná jednat za dítě ve věci předškolního vzdělávání na základě rozhodnutí soudu)

Příjmení, jméno, titul:

Datum narození:

Adresa trvalého bydliště:
(Ulice, č.p., PSČ, místo)

Doručovací adresa:
(není-li shodná s místem trvalého pobytu)

Telefon:

E-mail:

Zaměstnání:

SOUROZENCI

Příjmení, jméno:

Datum narození:

Příjmení, jméno:

Datum narození:

Příjmení, jméno:

Datum narození:

U ROZVEDENÝCH RODIČŮ

Číslo rozsudku: ze dne

Dítě svěřeno do péče:

Umožnění styku druhého rodiče s dítětem v době:

.....

.....

Beru na vědomí svou povinnost předávat dítě učitelce do třídy, hlásit změny údajů v tomto záznamu o dítěti, omlouvat nepřítomnost dítěte v MŠ a hlásit bezodkladně změnu zdravotního stavu dítěte.

Souhlasím, aby školské zařízení Aestus – Montessori mateřská škola Ústí nad Labem, s.r.o., Klíšská 395/171, 400 01 Ústí nad Labem, použilo v případě nezbytně nutném data naše i našeho dítěte.

Místo a datum

Podpisy zákonných zástupců dítěte



VYJÁDRĚNÍ DĚTSKÉHO LÉKAŘE

Formulář vyplňte hůlkovým písmem

DÍTĚ

Příjmení, jméno:

Datum narození:

Adresa trvalého bydliště:

(Ulice, č.p., PSČ, místo)

Dítě je zdravé, může být přijato do MŠ:

Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:

zdravotní

tělesné

smyslové

jiné

Alergie:

Jiná závažná sdělení:

Bylo dítě řádně očkováno ANO NE

Dlouhodobě užívané léky:

(typ/druh, dávka)

Možnosti účastnit se akcí školy (plavání, saunování, sportovní aktivity, škola v přírodě):

Rozhodnutí o odkladu školní docházky:

na rok:, ze dne:

Místo a datum

Podpis a razítko lékaře

Vzdělávání probíhá podle Rámcového vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání a Školního vzdělávacího programu Montessori.