



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:
 Rodné číslo:
 Adresa trvalého bydliště:
(Ulice, č.p., PSČ, město)
 Státní občanství:
 Národnost:
 Mateřský jazyk:
 Zdravotní pojišťovna:

Školní rok	Mateřská škola	Třída:	Přijato	Odešlo
(Uvedte předchozí mateřskou školu - při přestoupení - v daném školním roce, pokud je dítě povinně předškolní)				
.....				
.....				
.....				

ÚDAJE O ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCÍCH A RODINĚ

OTEC

Příjmení, jméno, titul:
 Datum narození:
 Adresa trvalého bydliště:
(Ulice, č.p., PSČ, město)
 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, město)
Doručovací adresa:
(není-li shodná s místem trvalého pobytu)
Telefon:
E-mail:
Zaměstnání:

SOUROZENCI

(nepovinné)

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 pedagogovi do třídy, hlásit změny údajů v tomto záznamu o dítěti, omlouvat nepřítomnost dítěte v mateřské škole 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: ANO NE Podmínka:

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, solná jeskyně):

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 v životě dítěte.