



ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

Jméno a příjmení dítěte:	
Datum narození:	
Adresa trvalého pobytu:	
Adresa bydliště (pokud je jiná):	

žádá prostřednictvím svého zákonného zástupce

Jméno a příjmení otce:	
Adresa trvalého pobytu:	

Jméno a příjmení matky:	
Adresa trvalého pobytu:	

o přijetí k předškolnímu vzdělávání v Adventure School – mateřská škola a základní škola s.r.o.

od:
ve směru: <input type="checkbox"/> česko – anglický <input type="checkbox"/> český
druh docházky: <input type="checkbox"/> 5x týdně půldenní 07:00 – 12:30 <input type="checkbox"/> 5x týdně půldenní 12:30 – 18:00 <input type="checkbox"/> 5x týdně celodenní <input type="checkbox"/> 5x týdně celodenní PLUS <input type="checkbox"/> jiné:.....

- Rodiče upozorňujeme, že na základě zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, v platném znění, mají jako rodiče právo zastupovat dítě při právních jednáních, ke kterým není právně způsobilé. Rodiče jsou povinni si vzájemně sdělit vše podstatné, co se týká dítěte a jeho zájmů.
- Při právním jednání vůči dítěti, které není způsobilé ve věci samostatně právně jednat, postačí k jednání jen jeden z rodičů jako zák. zástupce dítěte, který bude jednat s třetí stranou (tj. s naší MŠ).
- Jedná-li jeden z rodičů v záležitosti dítěte sám vůči třetí osobě /škola/, tak ta je v dobré víře, má se za to, že jedná se souhlasem druhého rodiče
- Zák. zástupce svým vlastnoručním podpisem stvrzuje výše uvedenou skutečnost, že tomu tak skutečně je, a právně jedná v dané věci se souhlasem druhého z rodičů.

.....
Datum

.....
Podpis zákonného zástupce



ADVENTURE SCHOOL

mateřská škola a základní škola s.r.o.

Hlavní 813 , 251 68 Sulice-Hlubočinka
Email: info@adventureschool.cz
Mobil: + 420 602 300 456
www.adventureschool.cz

UYJÁDŘENÍ LÉKAŘE k dítěti:.....r.č.:.....

Dítě je zdravé a může být přijato do mateřské školy:		
Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti *)		
Zdravotní:	Smyslové:	
Tělesné:	Jiné (prosím, vypište):	
Jiná závažná sdělení o dítěti:		
Alergie:		
Jídlo:		
Léky:		
Jiné:		
Dítě je řádně očkováno:		
Možnost účasti na akcích školy – plavání, sauna, škola v přírodě či cvičení v tělocvičně		
V	dne	Razítko a podpis lékaře
Bere Vaše dítě denně nějaké léky*)	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
Pokud ano, uveďte název léku, dávkování, způsob podávání a důvody pro jejich podání.		
Odklad školní docházky na rok		Ze dne

V případě zranění mého dítěte v době zajišťování předškolní výuky (a škola se není schopna se mnou či kontaktní osobou v případě nouzi zkontaktovat), dávám tímto souhlas s jeho odborným ošetřením na dětské pohotovosti za doprovodu ředitelky Adventure School či jí pověřeného člena učitelského sboru. Souhlasím s tím, aby v případě výskytu vší ve třídě lékař/ka prohlédla vlasy mého syna /mé dcery. V případě odhalení vší souhlasím s tím, že si na základě telefonického oznámení pro dítě přijedu a až do úplného odstranění vší ho ponechám doma.

.....
Datum

.....
Podpis zákonného zástupce