**Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání   
do Univerzitní mateřské školy VŠB-TUO na školní rok 2024/2025**

**Mateřská škola je určena pro děti zaměstnanců a studentů VŠB-TUO, případně pro děti, jejichž jiný rodinný příslušník je v pracovním poměru k VŠB-TUO.**

|  |
| --- |
| **1. Zákonní zástupci:** |

**Jméno a příjmení zákonných zástupců dítěte:**

|  |  |
| --- | --- |
| Matka/ pěstounka/poručník apod. | Otec/pěstoun/poručník apod. |

**Datum narození**:

|  |  |
| --- | --- |
| Matka/ pěstounka/poručník apod. | Otec/pěstoun/poručník apod. |

**Adresa trvalého pobytu a doručovací adresa**

(ulice, číslo popisné, obec, poštovní směrovací číslo)**:**

|  |  |
| --- | --- |
| Matka/ pěstounka/poručník apod. | Otec/pěstoun/poručník apod. |

**Zaměstnavatel – název, adresa, pracoviště VŠB - TUO:**

|  |  |
| --- | --- |
| Matka/ pěstounka/poručník apod. | Otec/pěstoun/poručník apod. |

**Osobní kontaktní telefon a email:**

|  |  |
| --- | --- |
| Matka/ pěstounka/poručník apod.  tel.:  email: | Otec/pěstoun/poručník apod.  tel.:  email: |

**Vztah jiného rodinného příslušníka k dítěti a pracoviště VŠB - TUO (např. prarodič):**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení:  Vztah k dítěti: | Pracoviště: |

|  |
| --- |
| **2. Dítě:** |

**V případě umístění sourozenců vyplňte, prosím, za každé dítě samostatnou přihlášku.**

**Jméno a příjmení dítěte:**

|  |
| --- |
|  |

**Datum a místo narození:** **Státní příslušnost:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**Adresa trvalého pobytu a doručovací adresa**

(ulice, číslo popisné, obec, poštovní směrovací číslo)**:**

|  |
| --- |
|  |

**Další informace**:

|  |
| --- |
| Přihlašuji své dítě do UMŠ k:   * **pravidelné celodenní docházce (6 a více hodin)** * **polodenní (4 hodiny) docházce** * **jiné (blíže specifikujte):**   *(nehodící se škrtněte)*  Požadované datum nástupu dítěte do UMŠ od: 2. 9. 2024  jiné datum:................................................................... |
| V Ostravě dne:.................................  Podpisy zákonných zástupců ………….............................................  ........................................................ |

**Vyjádření dětského lékaře:**

***jméno a příjmení dítěte:***

**Předškolní zařízení mohou přijmout pouze dítě, které se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci (zákon č. 258/2000 Sb. § 34 odst. 5, o ochraně veřejného zdraví).**

***Očkování:***

***Jiná závažná sdělení:***

Zdravotní stav dítěte se zohledněním potřeb dítěte na speciální výchovnou péči (zdravotní postižení, chronické onemocnění, odchylky v psychomotorickém vývoji, nutná individuální péče, potravinové a jiné alergie včetně případné medikace):

***Možnost účasti dítěte na akcích mateřské školy*** *– plavání, kurz lyžování apod.*

**DOPORUČUJI - NEDOPORUČUJI**

přijetí dítěte do mateřské školy

**Datum:....................... Razítko a podpis lékaře:...................................................**