

Základní škola a Mateřská škola

Dolní Olešnice 41, 543 71 Hostinné

IČO 750 16 591

TEL. 724 893 650

Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

Žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání do mateřské školy, jejíž činnost vykonává Základní škola a Mateřská škola Dolní Olešnice 41 od :

Dítě:

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Místo trvalého pobytu: _____

Zákonný zástupce dítěte, popř. osoba, která je oprávněná účastníka řízení (dítě) v přijímacím řízení zastupovat:

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Místo trvalého pobytu: _____

Adresa pro doručování písemností (pokud není shodná s místem trvalého pobytu):

Dítěti **JE x NENÍ** diagnostikováno školským poradenským zařízením mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, závažné vady řeči, závažné vývojové poruchy chování, souběžné postižení více vadami nebo autismus*).

podpis zákonného zástupce

V _____ dne: _____

*) hodící se zakroužkujte

Údaje a doklady stanovené pro přijetí dítěte do mateřské školy:

- rodný list dítěte
- průkaz totožnosti zákonného zástupce, popř. doklad o zmocnění zastupovat dítě v přijímacím řízení v případě osob, které osobně pečují o dítě v pěstounské péči
- doporučení školského poradenského zařízení (v případě dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami)

Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte

Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci. ANO x NE

Trpí dítě chronickým onemocněním? ANO x NE

Bere dítě pravidelně léky ? ANO x NE

Může se dítě zúčastnit všech akcí školy ? (plavání, výlety....) ANO x NE

Dítě JE x NENÍ zdravotně postižené

Jiná sdělení lékaře:

.....

Doporučuji x nedoporučuji přijetí dítěte do mateřské školy.

Datum:

Razítko a podpis lékaře: