

Základní škola a Mateřská škola Obořiště, okres Příbram
Obořiště 100, 262 12 Obořiště
Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

Podle ustanovení § 34 zákona č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním a středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání /školský zákon/, ve znění pozdějších předpisů.

Žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání do mateřské školy, jejíž činnost vykonává Základní škola a Mateřská škola Obořiště, okres Příbram, od školního roku 202... / 202... .

Údaje o dítěti:

Jméno a příjmení: R.č:

Datum narození: Místo narození:

Adresa trvalého bydliště:

Kód zdravotní pojišťovny dítěte: Stát.občanství:

Zákonný zástupce dítěte:

Jméno a příjmení:

Adresa trvalého bydliště:

Doručovací adresa:

Kontakt /tel., email/:

*Dítě **JE** x **NENÍ** diagnostikováno školským poradenským zařízením a je se speciálními vzdělávacími potřebami /v oblasti mentální, tělesné, zrakové, sluchové, závažné vady řeči, závažné vývojové poruchy chování, s více vadami, nebo autismus aj./.*

**Vyplňte prosím čitelně a zakroužkujte vybranou možnost.*

**Nehodící se škrtněte.*

Zavazujeme se, že neprodleně oznámíme učitelce MŠ výskyt přenosné choroby v rodině nebo nejbližším okolí dítěte, onemocnění dítěte přenosnou chorobou, nebo onemocnění osoby, s níž dítě přišlo do styku.

V.....dne.....
.....
podpis zákonného zástupce

Pro dodržení podmínek stanovených §50 zákona č.258/2000 Sb.,o ochraně veřejného zdraví, při přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole, je součástí **Žádosti o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole, vyjádření dětského lékaře.**

VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU JMENOVANÉHO DÍTĚTE

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození.

1/ Dítě se podrobilo všem stanoveným pravidelným očkováním dle ustanovení platného zákona O ochraně veřejného zdraví ve znění pozdějších předpisů

ANO NE

nebo

má doklad, že je proti nákaze imunní

ANO NE

nebo

má doklad, že se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci

ANO NE

2/ Trpí dítě chronickým onemocněním – jakým?

ANO NE

3/ Užívá dítě pravidelně léky – jaké?

ANO NE

4/ Jde o integraci dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami do MŠ – s jakými?

ANO NE

5/ Může se dítě zúčastňovat speciálních akcí školy, jako jsou plavání, výlety, delší vycházky aj.

ANO NE

6/ Doporučuji/nedoporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

7/ Jiná sdělení lékaře:

.....
Datum

.....
Razítko a podpis lékaře