

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE

k předškolnímu vzdělávání



Údaje o dítěti

Jméno:

Příjmení:

Rodné číslo:

Datum narození:

Mateřský jazyk:

Místo narození:

Trvalé bydliště:

Zdravotní pojišťovna:

Státní občanství:

Údaje o rodině dítěte

OTEC

Jméno a příjmení:

Trvalé bydliště:

Telefon:

E-mail:

MATKA

Jméno a příjmení:

Trvalé bydliště:

Telefon:

E-mail:

Údaje o přijetí dítěte

Datum nástupu dítěte do MŠ

Typ docházky dítěte do MŠ

povinná předškolní docházka *

celodenní pravidelná docházka *

omezená docházka *

* nehodící se škrtněte

Nevyplňujte – vyplní škola

Žádost byla doručena na MŠ dne:

Číslo jednací:

K žádosti o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání připojuji vyjádření pediatra o zdravotním stavu dítěte.

Vyjádření pediatra – údaje o zdravotní způsobilosti

1. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:

zdravotní * ANO NE *

tělesné * ANO NE *

smyslové * ANO NE *

jiné * ANO NE *

Dítě vyžaduje asistenta (integraci): ANO NE *

2. Jiná závažná sdělení (omezení) dítěte:

3. Alergie: ANO NE *

Jaký typ:

4. Bere pravidelně léky: ANO NE *

V případě, že ANO, jaké:

Lze je podávat v MŠ laikem? ANO NE *

5. Možnost účasti na akcích školy – plavání, výlety, apod.: ANO NE *

S tímto omezením:

6. Očkování dítěte: ANO NE *

Dítě je řádně očkováno podle § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, v platném znění.

Poznámka:

7. Doporučuji – nedoporučuji * přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání.

.....

datum

razítko a podpis pediatra

* nehodící se škrtněte

K žádosti o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání připojuji doporučení ŠPZ nebo odborného lékaře.

(vyplnit pouze v případě zdravotního postižení dítěte)

Doporučení školského poradenského zařízení (ŠPZ) nebo odborného lékaře

Doporučuji dítě se speciálními vzdělávacími potřebami k integraci do ZŠ a MŠ Křoví, Křoví 190, 594 54 Křoví, příspěvkové organizaci

V dne

.....

razítko a podpis pracovníka ŠPZ nebo lékaře