

# 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: