

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

Č.j. _____

Zákonní zástupci dítěte se dohodli, že záležitosti spojené s přijetím k předškolnímu vzdělávání bude vyřizovat **zákonný zástupce** dítěte:

<i>jméno a příjmení:</i>	
<i>místo trvalého pobytu:</i>	
<i>adresa pro doručování písemností:</i>	
<i>telefon:</i>	
<i>e-mail:</i>	

Žádám o přijetí dítěte:

<i>jméno a příjmení:</i>	
<i>datum narození:</i>	
<i>místo trvalého pobytu:</i>	

k předškolnímu vzdělávání v Mateřské škole v Rybníšti ve školním roce 2024/2025

s nástupem od _____ .

Požadovaná docházka: celodenní - polodenní

Prohlašuji, že veškeré údaje, které jsem v žádosti uvedl/a, jsou přesné, pravdivé a úplné.

V _____ dne _____

podpis zákonného zástupce

VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE k přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

<i>jméno a příjmení dítěte:</i>			
<i>datum narození:</i>		<i>rodné číslo:</i>	
<i>místo narození:</i>		<i>Zdrav. pojišťovna:</i>	

- | | | |
|--|-------------------|------------------|
| 1. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji? | ANO ¹⁾ | NE ¹⁾ |
| 2. Trpí dítě chronickým onemocněním? | ANO ¹⁾ | NE ¹⁾ |
| 3. Je potřeba speciální výchovy? | ANO ¹⁾ | NE ¹⁾ |
| 4. Je potřeba speciálního režimu? | ANO ¹⁾ | NE ¹⁾ |
| 5. Bere dítě pravidelně léky? | ANO ¹⁾ | NE ¹⁾ |
| 6. Může se dítě zúčastňovat speciálních akcí školy jako je plavání, výlet apod.? | ANO ¹⁾ | NE ¹⁾ |
| 7. Je dítě pravidelně očkováno? | ANO ¹⁾ | NE ¹⁾ |
| 8. Jde o integraci postiženého dítěte do mateřské školy? | ANO ¹⁾ | NE ¹⁾ |
| 9. S jaký postižením? | ANO ¹⁾ | NE ¹⁾ |

Jiná sdělení lékaře:**Doporučuji – nedoporučuji¹⁾ přijetí dítěte do mateřské školy**¹⁾nehodící se škrtněte

Datum

Razítko a podpis lékaře