

**Mateřská škola pro zrakově postižené  
Zachariášova 5, Č. Budějovice tel. 387 331 655**

**Žádost o přijetí dítěte do mateřské školy**

Jméno dítěte ..... rodné číslo .....

narozené dne .....v .....národnost ..... státní občanství .....

Zdravotní pojišťovna dítěte .....

Trvalé bydliště .....

Kontaktní adresa.....

Telefonní kontakty (zákonní zástupci).....

.....

e-mail (zákonní zástupci).....

.....

Údaje o rodině:

Počet sourozenců ..... jména a data narození .....

.....

.....

Jméno a příjmení matky (titul).....

Jméno a příjmení otce (titul) .....

Vyjádření rodičů o zdravotním stavu dítěte .....

.....

.....

Přijetí dítěte do mateřské školy žádáme z těchto důvodů .....

.....

Předpokládaná délka docházky dítěte do mateřské školy .....

**ŽÁDOST RODIČŮ**

Na základě výsledků odborného vyšetření a doporučení žádáme o zařazení dítěte do MŠ pro zrakově postižené Zachariášova 5, Č. Budějovice.

Souhlas rodičů - MŠ je klinickým pracovištěm odborné praxe studentů ZSF JU v Č. Budějovicích.  
Souhlas rodičů - s psychologickým vyšetřením.

V Č. Budějovicích dne .....  
.....  
podpis zákonného zástupce

- Přílohy: 1. Doporučení školského poradenského zařízení.  
2. Doklad o vyšetření dítěte očním lékařem se stanovenou aktuální diagnózou, popř. doklady o dalším odborném vyšetření.  
3. Potvrzení o očkování dle § 50 zákona č. 258/2000Sb.

### **Příhláška ke stravování**

do školní jídelny při Mateřské škole pro zrakově postižené Zachariášova 5, Č. Budějovice tel. 387 331 655

celodenní stravování.....

polodenní stravování.....

V .....dne.....

Podpisy zákonných zástupců

### **Vyjádření lékaře**

ke zdravotnímu stavu dítěte se zohledněním potřeb dítěte na speciální výchovnou péči a režim (zdravotní postižení, chronické onemocnění, odchylky v psychomotorickém vývoji):

Potvrzení o očkování dle § 50 zákona č. 258/2000 Sb.

Možnost účasti na akcích školy.

Doporučuji – nedoporučuji přijetí dítěte do mateřské školy.

Datum

razítko, podpis lékaře