



MATEŘSKÁ ŠKOLA PRO ZRAKOVĚ POSTIŽENÉ
České Budějovice, Zachariášova 5
IČO: 60077689

Telefon: +420 727825102
Ředitelna: +420 387 331 655
E-mail: spec.mscb@mybox.cz
Web: www.ocnims.cz

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).....
ID datové schránky

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, České Budějovice, Zachariášova 5.

Souhlas rodičů - MŠ je klinickým pracovištěm odborné praxe studentů.

Souhlas rodičů – se speciálně pedagogickým a 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.

Vyjádření lékaře

ke zdravotnímu stavu dítěte se zohledněním potřeb dítěte na speciální výchovně vzdělávací 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

Přihláška ke stravování

do školní jídelny při Mateřské škole pro zrakově postižené, České Budějovice, Zachariášova 5,
telefon: 387 331 655, mobil: 702 036 207

celodenní stravování.....

polodenní stravování.....

V, dne

Podpisy zákonných zástupců