**PŘIHLÁŠKA DO MATEŘSKÉ ŠKOLY**

**PROHLÁŠENÍ:**

1. Veškeré písemnosti budou předávány nebo zasílány zákonnému zástupci:

**jméno a příjmení**: ……………………………………………………………………………………………………………………..

**adresa pro zasílání písemností** :…………………………………………………………………………………………………

**e-mail** :……………………………………………………………………………………………………………………………………….

2. Souhlasíme, že mateřská škola může v rámci prezentace školy na nástěnkách v MŠ, ve výtvarných soutěžích, na webových stránkách školy a v médiích využít výtvarné práce dětí a fotografické záběry vzniklé během pobytu našeho dítěte v MŠ a na akcích MŠ pořádaných.

☐ ANO – ☐ NE (nežádoucí škrkněte)

3. Docházka dítěte do školy je dána dohodou školy se zákonným zástupcem dítěte podle § 1a odst. 5 vyhlášky č. 14/2005 Sb. a to určením požadovaného typu docházky dítěte do školy – **celodenní** nebo **polodenní** nebo **omezená**. Zákonný zástupce dítěte, které má být přijato ke vzdělávání podle § 34 odst. 9 školského zákona (dále jen „dítě na zbývající dobu“), určí typ docházky dítěte do školy „**na zbývající dobu“.**

Vyžadujeme docházku **CELODENNÍ – POLODENNÍ - OMEZENÁ – NA ZBÝVAJÍCÍ DOBU** (nežádoucí škrtněte)

4. Zavazujeme se, že neprodleně oznámíme mateřské škole výskyt přenosné choroby v rodině nebo v nejbližším okolí dítěte, onemocnění dítěte, přenosnou chorobou nebo onemocnění osoby, s níž dítě přišlo do styku.

Podpis zákonného zástupce /zákonných zástupců dítěte:

V……………………….. Dne………………………..…Podpis……………………………..

|  |
| --- |
| 5. Připojujeme doporučení školského poradenského zařízení nebo odborného lékaře:  **DOPORUČENÍ ŠKOLSKÉHO PORADENSKÉHO ZAŘÍZENÍ NEBO ODBORNÉHO LÉKAŘE**  (vyplnit pouze v případě zdravotního postižení dítěte)  Doporučuji dítě se speciálními vzdělávacími potřebami k integraci do Mateřské školy  V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Razítko a podpis pracovníka ŠPZ nebo lékaře |

6. Připojujeme vyjádření lékaře o zdravotním stavu dítěte:

Jméno dítěte ……………………………………………………………….

|  |
| --- |
| **VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE**  a) Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy.  b) Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti: (odpovídající zaškrtněte)  ☐ zdravotní  ☐ tělesné  ☐ smyslové  ☐ jiné\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Jiná závažná sdělení o dítěti:  Alergie: |

|  |
| --- |
| **POTVRZENÍ O ŘÁDNÉM OČKOVÁNÍ DÍTĚTE**  podle § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví  Dítě ☐ JE  ☐ NENÍ  řádně očkováno.  Souhlasím s možností účasti dítěte na akcích školy – plavání, školní výlety, exkurze a další  V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Razítko a podpis lékaře |

Podpis zákonného zástupce /zákonných zástupců dítěte:

V………………………………………………….

Dne……………………………………………..