

# ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

v mateřské škole, jejíž činnost vykonává

**Základní škola a Mateřská škola Kroměříž, F. Vančury**

**od školního roku 2017/2018**

Č. j.:	<b>Registrační číslo</b> <i>(přidělené žadateli dle § 183, zák. č. 561/2004 Sb., školský zákon, v platném znění)</i>

## ŽADATEL (DÍTĚ):

Jméno a příjmení:	
Datum narození:	
Bydliště:	
Státní občanství:	Mateřský jazyk:

## ZÁKONNÍ ZÁSTUPCI ŽADATELE:

	MATKA	OTEC
Jméno a příjmení:		
Bydliště:		
Telefon:		

## SPOLEČNÝ ZMOCNĚNEC:

Zákonní zástupci si zvolili tohoto společného zmocněnce pro doručování písemností (jeden ze zákonných zástupců dle §31 zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, v platném znění):	
Jméno a příjmení	
Doručovací adresa:	
Telefon:	E-mail:

## DOPLŇUJÍCÍ ÚDAJE *(vyplní v případě potřeby zákonný zástupce ve spolupráci s ředitelkou):*

--

**Prohlašuji, že uvedené údaje jsou správné a jakoukoliv změnu v údajích nahlásím.**

**Prohlašuji, že jsem se seznámil s kritérii ( kapacita mateřské školy) pro přijetí dítěte.**

Podpisy obou zákonných zástupců žadatele: .....

## VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE:

V souladu s § 34 odst. 5 zákona č.561/2004 Sb., školský zákon, v platném znění a § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, v platném znění, **mohou předškolní zařízení přijmout pouze dítě, které se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, případně má doklad, že se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci.**

**Dítě je očkováno dle zákona: ANO - NE**

### Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte:

- je **zdrávo, bez zvláštních omezení**
- má **zdravotní omezení, potíže:**

- vyžaduje **zvláštní režim:**
- pravidelně **užívá léky** apod.:

### **DOPORUČENÍ pro speciálně pedagogickou a psychologickou činnost z aktivit, které škola nabízí:**

Vhodné označte, popřípadě dopište:

- zdravotní a rehabilitační tělesná výchova
- canisterapie, hipoterapie
- léčebná rehabilitace /reflexní lokomoce dle Vojty, Bobath koncept, senzomotorické stimulační na gymbalech, overball terapie, myoskeletární techniky, synergetická reflexní terapie
- nácvik využití kompenzačních pomůcek, cvičení na náradí a náčiní / válce, úseče, žebřiny, trampolína, zvládání bariér/
- rehabilitační plavání
- využití speciálních pomůcek při práci s výukovými programy při využití ICT (PC, iPad)
- praktické využívání kompenzačních pomůcek dle typu zdravotního postižení
- individuální logopedická péče, neverbální komunikační systémy, AAK, VOX
- výuka ve znakové řeči
- rozvoj psychiky podnětným prostředím, program PORTAGE, rozvoj grafomotoriky, motoricko, akusticko , optická cvičení, smyslová stimulační, prostorová orientace samostatného pohybu, základy sebeobsluhy, trailling, Braillovo písmo, Pichtův psací stroj, PC s hlasovým výstupem,
- strukturované učení při poruchách autistického spektra, vizualizace, komunikační scénáře, nácviky sociálních dovedností, muzikoterapie, dramaterapie, SNOEZELEN MSE terapie, bazální stimulační
- další doporučení doplňte:

Datum:

Razítko a podpis lékaře:

- Na výzvu je zákonný zástupce žadatele povinen **doložit dokumenty**: průkaz totožnosti (§ 36, odst. 4 zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, v platném znění), oprávnění pobývat na území ČR (§ 20 zákona č. 561/2004 Sb., školský zákon, v platném znění) apod.
- **S uvedenými údaji bude mateřská škola nakládat výhradně v souladu** se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění.

## **PŘÍLOHA ŽÁDOSTI ANO - NE**

**Doporučení ke vzdělávání dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami od školského poradenského zařízení ze dne ..... č. j.....**

Žádost přijata dne: .....

(podpis)