



# Lesní mateřská škola DÚLEK, z.s.

Husova 29, 250 82 Úvaly  
Telefon: +420 734 522 998  
Email: info@skolka-dulek.cz  
IČO: 041 904 41  
IZO:181 086 891

## ŽÁDOST K ZÁPISU DO MATEŘSKÉ ŠKOLY

Žádám o přijetí do Lesní MŠ DÚLEK, z.s., - svého syna, své dcery /nehodící se škrtněte/:

Jméno dítěte: .....

Rodné číslo: .....

Datum narození:..... Místo narození:.....

Adresa bydliště dítěte: .....

### Žádost podává zákonný zástupce:

Jméno zák.zástupce: .....

Trvalé bydliště: .....

Datum narození:.....

Telefon:..... Email: .....

### Dítě přihlašuji:

- **od** /zvolte datum nástupu/ .....
- na **celodenní docházku** od ..... hod. do ..... hod.
- **na tyto dny** /zakroužkujte/: PO ÚT ST ČT PÁ
- **k celodennímu stravování** v mateřské škole (svačina, oběd, svačina) ANO - NE

Vyjádření rodičů o zdravotním stavu dítěte: /např.docházka k odborným lékařům, alergie, úzkostné, čeho se bojí, pomočuje se v noci, potřebuje pomoci při hygieně, dokrmuje se,co nesmí jíst, co nejí, vzteká se, neúspěch v jiné MŠ, návštěva jiné školky/přípravky atd./

.....  
Podpis zákonných zástupců

.....  
Datum podání žádosti

# Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k žádosti k zápisu do mateřské školy

Evidenční číslo posudku: .....

## 1. Identifikační údaje

Název poskytovatele zdravotnických služeb vydávajícího posudek: .....

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele: .....

..... IČO: .....

Jméno a příjmení posuzovaného dítěte: .....

Datum narození posuzovaného dítěte: .....

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného bydliště na území ČR posuzovaného dítěte: .....

## 2. Účel vydání posudku:

## 3. Posudkový závěr:

A) Posuzované dítě je k docházce do MŠ

a) zdravotně způsobilé

b) není zdravotně způsobilé

c) je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením)\* .....

B) Posuzované dítě:

a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO - NE

b) je proti nákaze imunní (typ/druh): .....

c) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh).....

d) je alergické na: .....

e) dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka) .....

\* Bylo-li zjištěno, že posuzované dítě je zdravotně způsobilé s omezením, uveďte se omezení podmiňující zdravotní stav způsobilosti k docházce do MŠ.

## Poučení:

Proti bodu 3.části A) tohoto posudku je možno podat podle ustanovení §46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, podat návrh na jeho přezkoumání do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání poskytovatelem zdravotnických služeb který posudek vydal. Návrh na přezkoumání lékařského posudku nemá odkladný účinek, jestliže z jeho závěru vyplývá, že posuzovaná osoba je pro účel, pro nějž byla posuzována, zdravotně nezpůsobilá nebo zdravotně způsobilá s podmínkou.

## 4. Oprávněná osoba

Jméno, popřípadě jména a příjmení oprávněné osoby: .....

Vztah k posuzovanému dítěti: .....

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne: .....

.....  
Podpis, příjmení lékaře  
razítko poskytovatele zdravotnických služeb

.....  
podpis oprávněné osoby