



# ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA

při o.p.s. Olivově dětské léčebně  
Olivova 224  
251 01 Říčany  
IČO: 708 450 34

datová schránka: wduw826

<http://www.zsmsolivovna.cz>; e-mail: [vedeni@zsmsolivovna.cz](mailto:vedeni@zsmsolivovna.cz), tel.: 323 631 120

Středočeský kraj

Vážení rodiče,

Vaše dítě bude po dobu pobytu v ODL navštěvovat mateřskou školu při zdejší léčebně s odlišným režimem, než na které je zvyklé z Vaší mateřské školy. Dítě bude v naší MŠ v pracovní dny od 8,00 hod. do 14,00 hod. V MŠ postupujeme podle vzdělávacího programu naší mateřské školy. S dítětem pracujeme individuálně za použití speciálních metod a forem práce s přihlednutím k věku, schopnostem a aktuálnímu zdravotnímu stavu dítěte. Výchovně vzdělávací proces je prokládán léčebnými procedurami.

U zápisu do MŠ odevzdá každé dítě jedno balení papírových kapesníků v boxu (tahací) a jedno balení vlhčených ubrousků.

Tento vyplněný dotazník odevzdejte při zápisu do naší mateřské školy.

Dotazník pro rodiče – informace jsou důvěrné	
Jméno a příjmení dítěte:	Místo trvalého pobytu, korespondenční adresa:
Datum narození:	
Místo narození:	Docházka dítěte do MŠ v místě bydliště: Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
Rodné číslo:	Od
Státní občanství:	Omezení sdělování informací o dítěti:
Dítě je v léčebně s doprovodem <input type="checkbox"/> Bez doprovodu <input type="checkbox"/>	
Otec dítěte – jméno a příjmení:	Telefon domů: Datová schránka: Mobil: e-mail:
Matka dítěte – jméno a příjmení:	Telefon domů: Datová schránka: Mobil: e-mail:
Zákonný zástupce (pokud jím není otec nebo matka):	Telefon domů: Datová schránka: Mobil: e-mail:
Sdělení zákonného zástupce škole: Vztah dítěte k mateřské škole:	
Podle svého uvážení sdělte další údaje důležité pro spolupráci rodiny se školou: Zdravotní postižení, druh postižení – mentální, tělesné, zrakové, sluchové, vada řeči, autismus, jiné:	
Zdravotní znevýhodnění – zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc, alergie, epilepsie, lehčí zdravotní poruchy, jiné:	
Sociální znevýhodnění:	

Žádáme Vás o vyjádření souhlasu k zařazení Vašeho dítěte do mateřské školy, (Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), Vyhláška č.14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání.

	Účel zpracování (osobní údaj)	Podpis zákonného zástupce
1.	<b>Souhlas zákonného zástupce</b> se zařazením dítěte do mateřské školy při o.p.s. ODL Říčany po dobu pobytu v dětské léčebně a byl(a) jsem seznámen(a) s vnitřním řádem mateřské školy.	
2.	Souhlasím, že uhradím veškerou škodu na majetku a vybavení školy, kterou moje dítě způsobí.	
3.	*Beru na vědomí, že za dítě, které se neúčastní výuky v mateřské škole, přebírá odpovědnost a zajišťuje jeho bezpečnost personál léčebny.	

\* *proškrtněte, pokud je vaše dítě v léčebně s doprovodem*

V Říčanech dne ..... roku .....

Jméno a příjmení zákonného zástupce (hůlkovým písmem): .....

Podpis zákonného zástupce: .....

---

**Souhlas ošetřujícího lékaře léčebny** se zařazením dítěte do mateřské školy při zdravotnickém zařízení.

Souhlasím se vzděláváním dítěte v mateřské škole při o.p.s. ODL Říčany, od .....do.....

Údaje o zdravotní způsobilosti ke vzdělávání a o zdravotních obtížích, které by mohly mít vliv na průběh vzdělávání.

Podpis ošetřujícího lékaře léčebny: .....