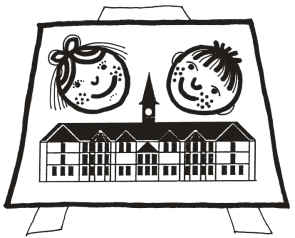
logo kraj čb**ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA**

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, tel.: 323 631 120

*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 přihlédnutím k věku, schopnostem a aktuálnímu zdravotnímu stavu dítěte. Výchovně vzdělávací proces je prokládán léčebnými procedurami.*

|  |  |
| --- | --- |
| Dotazník pro rodiče – informace jsou důvěrné | |
| Jméno a příjmení dítěte:  Datum narození: | Místo trvalého pobytu, korespondenční adresa: |
| Místo narození:  Rodné číslo: | Docházka dítěte do MŠ v místě bydliště:  Ano  Ne   Od |
| Státní občanství:  Dítě je v léčebně s doprovodem  Bez doprovodu | Omezení sdělování informací o dítěti: |
| 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: | |

*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.*

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. | **Souhlas zákonného zástupce** 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: