



Číslo přihlášky shodné s číslem smlouvy: (Variabilní symbol)

Přihláška k docházce do LMŠ Dubínek

Dítě přihlašované do LMŠ Dubínek (dále také „dítě“):

Jméno dítěte:														
Rodné číslo:													Datum narození:	
Bydliště:												Zdravotní pojišťovna:		

Zákonný zástupce dítěte (dále také „rodič“):

Zákonní zástupci:	MATKA	OTEC
Jméno a příjmení:		
Bydliště: <small>(liší-li se od bydliště dítěte)</small>		
Telefon:		
E-mail:		

Kromě rodičů bude dále dítě vyzvedat (LMŠ bude o této skutečnosti předem informována):

Vztah	Jméno a příjmení	Telefon

Provoz LMŠ Dubínek je zajišťován zapsaným spolkem Dubínek. Vzhledem k tomu, že je školka z velké části založena na iniciativě rodičů, je přihláška dítěte k docházce také přihláškou rodičů ke členství ve spolku. Takto vzniklé členství je členstvím na dobu určitou a to do konce školkové docházky výše jmenovaného dítěte.

Hlavní myšlenkou je zapojení samotných rodičů jak do fungování školky, tak samotného spolku. Rodiče tak mohou ovlivňovat náplň a činnosti spolku. Rodičům z tohoto členství však neplynou žádné další povinnosti. Vítejte jakékoliv aktivity a pomoc.

Požadované datum nástupu do LMŠ Dubínek:	
---	--

Dubínek, z. s.

Zřizovatel: **Lesní mateřské školky Dubínek**
„Venku s dětmi za každého počasí bez zdí a plotů.“



Označte tarif požadované docházky (vepište do kolony v příslušném sloupci „X“)	
5 dní v týdnu - celodenní docházka 7:00-16:30	5 dní v týdnu - dopolední docházka 7:00-12:30
3 dny v týdnu - celodenní docházka 7:00-16:30	3 dny v týdnu - dopolední docházka 7:00-12:30
2 dny v týdnu - celodenní docházka 7:00-16:30	2 dny v týdnu - dopolední docházka 7:00-12:30
Jiné: _____	Jiné: _____

Obědy a úrazové pojištění dětí tvoří část ceny školkovného. Ceník školkovného je zveřejněn vždy na začátku školkovného roku a je platný do odvolání. Při domluvě je možná srozozencké sleva ve výši 5% z ceny.

Je dítě schopné základní sebeobsluhy? (např. říci, že potřebuje na záchod atd.)

Má dítě nějaké specifické povahové rysy? Je spíše společenské nebo samotářské?

Další sdělení.

Prohlášení rodičů:

- ▲ Potvrzuji zájem přihlásit výše jmenované dítě k docházce v LMŠ Dubínek.
- ▲ Potvrzuji souhlas se zveřejňováním fotografií a videí výše jmenovaného dítěte, vzniklých při činnosti v LMŠ Dubínek, pro účely propagace LMŠ Dubínek.
- ▲ Potvrzuji, že jsem se seznámil/a s provozním řádem LMŠ Dubínek a akceptuji ho.
- ▲ Prohlašuji, že jsem v žádosti uvedl/a pravdivě všechny skutečnosti a údaje.
- ▲ V případě přijetí dítěte, nejpozději do 7 dní od obdržení vyrozumění o přijmutí dítěte, uhradím registrační poplatek – zálohu ve výši 1000,-Kč. Registrační poplatek je nevratný. Pokud nebude poplatek v daném termínu uhrazen, bude místo nabídnuto jinému žadateli.
- ▲ Beru na vědomí svou povinnost hlásit změny údajů uvedených v této přihlášce.
- ▲ Dávám souhlas Dubínek, z.s., Erbenova 817, Neratovice, k tomu, aby zpracovával a evidoval osobní údaje a osobní citlivé údaje včetně rodného čísla mého dítěte ve smyslu všech ustanovení zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů v platném znění a zákona č. 133/2000 Sb. o evidenci obyvatel a rodných číslech v platném znění. Informace o dětech a rodičích jsou využívány pouze pro vnitřní potřebu Dubínek, z.s., oprávněné orgány státní správy a samosprávy a pro uplatnění zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím.

Matka	
V:	
Datum:	
Podpis:	

Otec	
V:	
Datum:	
Podpis:	

Adresa: **Dubínek z.s.**
Erbenova 817, Neratovice 27711

www: www.dubinek.cz
e-mail: dubinek@dubinek.cz
telefon: **777 965 153**

bankovní spojení: **2400190148/2010 (Fio banka)**

IČ: **22882189**

Zapsán v rejstříku spolků u Městského soudu v Praze pod spisovou značkou L 23159.



Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte

Příloha 1. - přihlášky k docházce do LMŠ Dubínek

I. IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE POSUZOVANÉHO			
Jméno a příjmení:		Ulice, čp.:	
Datum narození:		Město:	
Zdravotní pojišťovna:		PSČ:	
II. ÚČEL VYDÁNÍ POSUDKU			
Celoroční docházka v lesní mateřské školce, příměstský tábor, škola v přírodě.....			
1. ZÁVAŽNÁ ONEMOCNĚNÍ A ÚRAZY, KTERÉ DÍTĚ PRODĚLALO – vyplňují rodiče, či lékař			
2. ALERGIE – vyplňují rodiče, či lékař			
typ (vyrážka, atopický ekzém, zánět spojivek, senná rýma)			
alergen (co alergie způsobuje)			
léčiva (zdůrazněte, zda pouze při obtížích nebo trvale)			
alergie na léky (jaké)			
3. JINÉ ZDRAVOTNÍ OBTÍŽE – vyplňují rodiče, či lékař			
5. LÉČIVA (typ/druh/dávka) – vyplňují rodiče, či lékař			
6. OČKOVÁNÍ – vyplňují rodiče, či lékař			
PLAVECKÉ SCHOPNOSTI – vyplňují rodiče			
PLAVEC	ČÁSTEČNÝ PLAVEC	NEPLAVEC	POZNÁMKA:

Adresa: **Dubínek z.s.**
Erbenova 817, Neratovice 27711

www: www.dubinek.cz
e-mail: dubinek@dubinek.cz
telefon: **777 965 153**

bankovní spojení: **2400190148/2010 (Fio banka)**

IČ: **22882189**

Zapsán v rejstříku spolků u Městského soudu v Praze pod spisovou značkou L 23159.

Dubínek, z. s.

Zřizovatel: **Lesní mateřské školky Dubínek**
„Venku s dětmi za každého počasí bez zdí a plotů.“



III. POSUDKOVÝ ZÁVĚR – vyplňuje pouze lékař			
A) Posuzované dítě k účasti na zotavovací akci nebo škole v přírodě:			
a) je zdravotně způsobilé *)			
b) není zdravotně způsobilé *)			
c) je zdravotně způsobilé za podmínky (s omezením)*)**)			
B) Posuzované dítě:			
a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním <small>(ostatní, viz. tabulka 6 OČKOVÁNÍ)</small>		ANO	NE
b) je proti nákaze imunní (typ/druh)			
c) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh)			
d) je alergické na <small>(viz. tabulka 2 ALERGIE)</small>			
e) dlouhodobě užívá léky <small>(viz. tabulka 5 LÉČIVA)</small>			
POZNÁMKA:			
*) Nehodící se škrtněte			
**) Bylo-li zjištěno, že posuzované dítě je zdravotně způsobilé s omezením, uveďte se omezení podmiňující zdravotní stav způsobilosti k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě.			
C) OMEZENÍ DÍTĚTE ZE ZDRAVOTNÍCH DŮVODŮ			
pochody, výpravy			
sportovní činnost			
IV. POUČENÍ			
Proti bodu III. části A) tohoto posudku lze podle § 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.			
V. OPRÁVNĚNÁ OSOBA			
jméno a příjmení:			
vztah k posuzovanému dítěti: <small>(zákonný zástupce, opatrovník, pěstoun, popř. další příbuzný dítěte)</small>			
převzala posudek do vlastních rukou dne:		podpis oprávněné osoby:	
Posudek je platný 12 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.			
VI. IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE POSKYTOVATELE ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB		Datum:	
Název poskytovatele zdravotnických služeb vydávajícího posudek:		Razítko poskytovatele zdravotnických služeb a podpis lékaře:	
IČO:			
Jméno a příjmení lékaře:			
Adresa:			

Adresa: **Dubínek z.s.**
Erbenova 817, Neratovice 27711

www: www.dubinek.cz
e-mail: dubinek@dubinek.cz
telefon: **777 965 153**

bankovní spojení: **2400190148/2010 (Fio banka)**

IČ: **22882189**

Zapsán v rejstříku spolků u Městského soudu v Praze pod spisovou značkou L 23159.



Informovaný souhlas

Příloha 2. - přihlášky k docházce do LMŠ Dubínek

	Jméno a příjmení
Já níže podepsaná: ^(matka)	
Já níže podepsaný: ^(otec)	

jako zákonný zástupce nezletilé/ho

Jméno a příjmení	Datum narození

Prohlašuji:

- Byl/a jsem informován/a, že do kolektivu dětí LMŠ může být přijato dítě ze zdravotních důvodů **částečně očkované**. Byl/a jsem informován/a o případných důsledcích a rizicích.
- Byl/a jsem informován/a, že do kolektivu dětí LMŠ může být přijato dítě ze zdravotních důvodů **neočkované**. Byl/a jsem informován/a o případných důsledcích a rizicích.
- Byl/a jsem informován/a o zajištění hygienických podmínek v LMŠ a o prevenci nakažení dítěte nemocemi, které jsou přenosné klíštěty a bodavým hmyzem.
- Byl/a jsem informován/a a souhlasím se způsobem okamžitého vyjmutí klíštěte lektorem v případě, že bude klíště objeveno na dítěti při pobytu v LMŠ.

Udělují souhlas k docházce nezletilé/ho do kolektivu **Lesní mateřské školky Dubínek**.

Matka	
V:	
Datum:	
Podpis:	

Otec	
V:	
Datum:	
Podpis:	