



ŽÁDOST O PŘIJETÍ K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

Podle ustanovení § 34 zákona č.561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) ve znění pozdějších předpisů žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání od 1.9.2023 do mateřské školy, jejíž činnost vykonává Mateřská škola Velká Bíteš, U Stadionu 538, příspěvková organizace.

DÍTĚ:

Jméno a příjmení: _____
Datum narození: _____
Místo trvalého pobytu: _____

1. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE:

Jméno a příjmení: _____
Místo trvalého pobytu: _____
Adresa pro doručování písemností: _____
Kontaktní telefon*: _____ E-mail*: _____
Datová schránka*: _____

2. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE:

Jméno a příjmení: _____
Místo trvalého pobytu: _____
Adresa pro doručování písemností: _____
Kontaktní telefon*: _____ E-mail*: _____
Datová schránka*: _____

* Nepovinný údaj, jehož vyplněním souhlasí zákonný zástupce s jeho zpracováním pouze pro účel zefektivnění komunikace mezi školou a zákonným zástupcem v době přijímacího řízení.

Zákonní zástupci dítěte se dohodli a svými podpisy potvrzují, že záležitosti spojené s přijetím k předškolnímu vzdělávání bude vyřizovat zákonný zástupce (jméno a příjmení)

1. zák. zást. (jméno a příjmení) _____ podpis _____

2. zák. zást. (jméno a příjmení) _____ podpis _____

Prohlašuji, že veškeré údaje, které jsem v žádosti uvedl/a, jsou přesné, pravdivé a úplné.

V _____ dne _____

_____ Jméno a podpis 1. zák. zástupce

_____ Jméno a podpis 2. zák. zástupce

Pro dodržení podmínek, stanovených § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, při přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole, je součástí žádosti o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole vyjádření dětského lékaře.

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

- | | | |
|--|-----|----|
| 1. Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním (popř. splnilo podmínku nezbytného očkovacího statusu pro přijetí k předškolnímu vzdělávání v rozsahu HEXAVAKCÍNA ve schématu 2+1 dávka a nejméně jedné dávky PRIORXU – očkovací látky proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám) | ANO | NE |
| nebo | | |
| je proti nákaze imunní a má o tom doklad | ANO | NE |
| nebo | | |
| nemůže se očkování podrobit pro kontraindikaci | ANO | NE |
| 2. Speciální péče v oblasti zdravotní, tělesné, smyslové, jiné: | ANO | NE |
| <hr/> | | |
| 3. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji – jaké? | ANO | NE |
| <hr/> | | |
| 4. Alergie, popřípadě chronická onemocnění | ANO | NE |
| <hr/> | | |
| 5. V případě požití alergenu je nutné bezprostřední podání léku | ANO | NE |
| 6. Potravinová intolerance | ANO | NE |
| 7. Pravidelné užívání léků | ANO | NE |

.....
Datum

.....
Razítko a podpis lékaře