

## Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání



Žádost přijata dne:  
Číslo jednací/spisová značka:  
Počet listů:  
Počet listů příloh:  
Spisový znak:  
Registrační číslo:

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 školního roku **2022/2023** do mateřské školy, jejíž činnost vykonává **Mateřská škola, Smiřice**.

### Dítě:

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Místo trvalého pobytu: \_\_\_\_\_

Dítě **JE x NENÍ\*\*** diagnostikováno školským poradenským zařízením.

### Zákonný zástupce dítěte:

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Místo trvalého pobytu: \_\_\_\_\_

Adresa pro doručování písemností: \_\_\_\_\_

Telefon\*: \_\_\_\_\_ Email\*: \_\_\_\_\_

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.*

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

V \_\_\_\_\_

dne \_\_\_\_\_

jméno a podpis zákonného 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 ke zdravotnímu stavu:**

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 nejméně jedné dávky očkovací látky proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám a dále v případě očkování hexavakcínou bylo dítě očkováno ve schématu minimálně 2+1 dávka)

ANO NE

*nebo*

2. je proti nákaze imunní

ANO NE

*nebo*

3. nemůže se očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci, popř. pro dočasnou kontraindikaci (z dlouhodobého hlediska brání zdravotní stav dítěte podání očkovací látky)

ANO NE

Datum: \_\_\_\_\_

Razítko a podpis lékaře: \_\_\_\_\_