

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 **2025/2026** 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 kontraindikaci, popř. pro dočasnou kontraindikaci (z dlouhodobého hlediska brání zdravotní stav dítěte podání očkovací látky)

ANO NE

Datum: _____

Razítko a podpis lékaře: _____