

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 **2024/2025** 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

ANO NE

Datum: _____

Razítko a podpis lékaře: _____