

Žádost o přijetí dítěte 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 ve školním roce _____ s nástupem od _____.

DÍTĚ:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Místo trvalého pobytu:

Přijetí od školního roku / od data:

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE:

Jméno a příjmení, titul:

Datum narození:

Místo trvalého pobytu

Adresa pro doporučování písemností, není-li shodná s adresou trvalého pobytu:

Telefonní kontakt:

E-mail:
Datová schránka:

V, dne

.....
podpis zákonného zástupce

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

DÍTĚTI JE DIAGNOSTIKOVÁNO ŠKOLSKÝM PORADENSKÝM ZAŘÍZENÍM MENTÁLNÍ, TĚLESNÉ, ZRAKOVÉ NEBO SLUCHOVÉ POSTIŽENÍ, ZÁVAŽNÉ VADY ŘEČI, ZÁVAŽNÉ VÝVOJOVÉ PORUCHY, SOUBĚŽNÉ POSTIŽENÍ VÍCE VADAMI NEBO AUTISMUS ?

☐

Ano

☐

Ne

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.

VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození: _____

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 je proti nákaze imunní

☐

ANO

☐

NE

nebo nemůže se očkování podrobit pro kontraindikaci

☐

ANO

☐

NE

.....
datum

.....
razítko a podpis lékaře