

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 _____ do mateřské školy, jejíž činnost vykonává Základní škola a Mateřská škola Loukov, okres Kroměříž.

DÍTĚ:

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____ Rodné číslo _____

Místo narození _____

Místo trvalého pobytu: _____

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.

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

V Loukově dne _____

Jméno a podpisy zákonných zástupců (obou)

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 je řádně očkováno a je možné ho přijmout do MŠ dle ustanovení § 50 zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví ve znění pozdějších předpisů | ANO | NE |
| 2. Dítě je očkováno hexavalentní očkovací látkou proti záškrtu, tetanu, pertusi, Haemophilus influenzae b, virové hepatitidě B, dětské obrně ve schématu minimálně 2+1 | ANO | NE |
| 3. Dítě je očkováno minimálně jednou očkovací látkou proti spalničkám, zarděnkám a příušnicím | ANO | NE |
| 4. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji - jaké ? | ANO | NE |
| 5. Trpí dítě chronickým onemocněním - jakým | ANO | NE |
| 6. Bere dítě pravidelně léky - jaké ? | ANO | NE |
| 7. Jde o integraci postiženého dítěte do MŠ - s jakým postižením ? | ANO | NE |
| 8. Doporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání | ANO | NE |
| 9. Alergie: _____ | ANO | NE |
| 10. Jiná sdělení lékaře: | | |

Datum

Razítko a podpis lékaře