

## 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 shodní 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.

#### **VYJÁDŘENÍ 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**