

Mateřská škola Sedliště, okres Svitavy

Sedliště 35, 57001 Sedliště, IČ: 70156620

ID datové schránky: cbgs6gp, tel. 776099418, email: ms.sedliste@gmail.com

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 od školního roku **2026/2027** do mateřské školy, jejíž činnost vykonává **Mateřská škola Sedliště, okres Svitavy**

DÍTĚ:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Místo trvalého pobytu:

1. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE:

Jméno a příjmení:

Místo trvalého pobytu:

Adresa pro doručování písemností:

Kontaktní telefon*:

E-mail*:

Datová schránka*:

2. 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.

Požadovaná délka docházky:

a) celodenní

b) polodenní

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

V _____ dne _____

Jméno a podpis zákonného zástupce

Jméno a podpis zákonného zástupce

Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

Zpracování osobních údajů na žádosti je nezbytné pro splnění právní povinnosti (§ 37 odst. 2 zákona č. 500/2004 Sb. a § 34 odst. 5 a 6 zákona č. 561/2004 Sb.) a správce údajů je bude zpracovávat pouze v rozsahu nezbytném pro vedení správního řízení a uchovávat po dobu stanovenou spisovým a skartačním řádem a dle dalších platných právních předpisů.

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 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
--	-----	----

2. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji - jaké ?	ANO	NE
---	-----	----

3. Trpí dítě chronickým onemocněním - jakým ?	ANO	NE
---	-----	----

4. Bere dítě pravidelně léky - jaké ?	ANO	NE
---------------------------------------	-----	----

5. Jde o integraci postiženého dítěte do MŠ - s jakým postižením ?	ANO	NE
--	-----	----

6. Doporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání	ANO	NE
--	-----	----

Jiná sdělení lékaře:

.....
Datum

.....
Razítko a podpis lékaře