

Vyplní škola

Číslo jednací: _____

Počet listů: _____

Spisová značka: _____

Počet příloh: _____

Reg. číslo žádosti: _____

Datum přijetí žádosti: _____

ŽÁDOST O PŘIJETÍ K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

Žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání **od školního roku 2025/2026** v mateřské škole, jejíž činnost vykonává Mateřská škola Lužická, Hradec Králové, Severní 842.

DÍTĚ:

Jméno a příjmení: _____

Datum 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.

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

☐ Ano

☐ Ne

DÍTĚ JE SOUROZENCEM DÍTĚTE, KTERÉ SE V SOUČASNÉ DOBĚ V MATEŘSKÉ ŠKOLE VZDĚLÁVÁ A V NÁSLEDUJÍCÍM ŠKOLNÍM ROCE BUDE VE VZDĚLÁVÁNÍ POKRAČOVAT:

☐ Ano

☐ Ne

POKUD SE DÍTĚ V SOUČASNÉ DOBĚ JIŽ VZDĚLÁVÁ V MATEŘSKÉ ŠKOLE, UVEĎTE NÁZEV MŠ:

V _____ dne _____

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: _____

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

Doklady, které je zákonný zástupce povinen předložit při zápisu:

- průkaz totožnosti zákonného zástupce, popř. doklad o zmocnění zastupovat dítě v přijímacím řízení v případě osob, které osobně pečují o dítě v pěstounské péči
- rodný list dítěte
- písemné vyjádření školského poradenského zařízení, popř. také registrujícího lékaře v případě přijetí dítěte se zdravotním postižením
- doklad, že je dítě proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci (v případě nepodrobení se očkování)