

Přijato dne:

Spisová značka:

Čj.

přidělené registrační číslo	
--------------------------------	--

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 do mateřské školy, jejíž činnost vykonává Mateřská škola Veselíčko, okres Přerov, příspěvková organizace, Tupec 40, 751 25 Veselíčko, **k celodenní docházce na školní rok 2024/2025.**

Údaje o dítěti:

Jméno a příjmení:	
Datum narození:	Státní občanství:
Adresa trvalého bydliště:	
Žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání od:	
Přihlašované dítě má / nemá v této mateřské škole sourozence.	

Zákonní zástupci dítěte se dohodli, že záležitosti spojené s přijetím dítěte bude zastupovat zákonný zástupce dítěte.

Jméno a příjmení zákonného zástupce:	
Adresa trvalého bydliště:	
Telefon:	E-mail:*
Adresa pro doručování písemností: Je-li shodná s trvalým bydlištěm, nevyplňuje se.	

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

Potvrzuji tímto správnost uvedených údajů. Beru na vědomí povinnost oznámit jakoukoliv změnu.

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 5 let.

V _____ dne _____

.....
jméno a podpis zákonného zástupce

Příloha k Žádosti o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU DÍTĚTE

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.

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

1. Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO NE

nebo

je proti nákaze imunní ANO NE

nebo

nemůže se očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci, popř. pro dočasnou kontraindikaci (z dlouhodobého hlediska brání zdravotní stav dítěte podání očkovací látky) 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. Trpí dítě alergií – jakou ? ANO NE

7. Doporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání ANO NE

Jiná sdělení lékaře:

.....
Datum

.....
Razítko a podpis lékaře