**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 do mateřské školy**, jejíž činnost vykonává Základní škola a mateřská škola Dolní Újezd **od k celodenní docházce.**

**Dítě:**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení: |  |
| Datum narození: |  |
| Místo trvalého pobytu: |  |

**Zákonný zástupce dítěte:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Jméno a příjmení: |  | | |
| Místo trvalého pobytu: |  | | |
| Adresa pro doručování písemností: |  | | |
| Telefon: |  | Email: |  |
| Datová schránka: |  | | |

**Zákonný zástupce dítěte:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Jméno a příjmení: |  | | |
| Místo trvalého pobytu: |  | | |
| Adresa pro doručování písemností: |  | | |
| Telefon: |  | Email: |  |
| Datová schránka: |  | | |

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

V dne

jméno a podpis zákonného zástupce:

V dne

jméno a 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 DÍTĚTE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 |