



Základní škola a mateřská škola Dolní Újezd

Dolní Újezd 342, 569 61 Dolní Újezd, IČ: 75016737

organizační úsek – mateřská škola

Tel.: +420 461 631 202, www.msklicek.eu, e-mail: m.skola.du@gmail.com

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:



Základní škola a mateřská škola Dolní Újezd

Dolní Újezd 342, 569 61 Dolní Újezd, IČ: 75016737

organizační úsek – mateřská škola

Tel.: +420 461 631 202, www.msklicek.eu, e-mail: m.skola.du@gmail.com

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