

# 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](http://www.msklicek.eu), e-mail: [m.skola.du@gmail.com](mailto: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](http://www.msklicek.eu), e-mail: [m.skola.du@gmail.com](mailto: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