

ŽÁDOST O PŘIJETÍ K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

Podle ustanovení §34 zákona č. 561/2004 Sb., školský zákon, ve znění pozdějších předpisů žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání do mateřské školy, jejíž činnost vykonává Mateřská škola Františkovy Lázně, Školní 182 k datu:

DÍTĚ:

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Místo trvalého pobytu: _____

1. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE:

Jméno a příjmení: _____

Místo trvalého pobytu: _____

Adresa pro doručování písemností: _____

Kontaktní telefon*: _____ E-mail*: _____

Datová schránka*: _____

2. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE:

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

Požadovaná délka docházky: a) celodenní b) polodenní

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

V _____ dne _____ V _____ dne _____

Jméno a podpis zákonného zástupce

Jméno a podpis zákonného zástupce

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 stanovenou spisovým a skartačním řádem a dle dalších platných právních předpisů.

Pro dodržení podmínek stanovených § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, je součástí žádosti o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole vyjádření lékaře.

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

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 trvalou kontraindikaci, popř. pro dočasnou kontraindikaci (z dlouhodobého hlediska brání zdrav. 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. Doporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání | ANO | NE |

Jiná sdělení lékaře:

.....
Datum

.....
Razítko a podpis lékaře