

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

registrační číslo:..... Č.j.:/20.....

Zákonní zástupci dítěte:

Matka/jméno a příjmení:

Trvalé bydliště:

Telefon:do zaměstnání:

E-mail:

Otec/jméno a příjmení:

Trvalé bydliště (pokud je odlišné):

Telefon:do zaměstnání:

E-mail:

žádají o přijetí dítěte

Jméno a příjmení dítěte:

.....

Datum narození:..... Rodné číslo:

Místo narození:Mateřský jazyk:

Státní občanství:Trvalý pobyt:

k předškolnímu vzdělávání v Mateřské škole Malešovice

podle ustanovení § 34 zákona č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)

Datum nástupu dítěte k předškolnímu vzdělávání:

Požadovaná délka docházky: a) celodenní b) polodenní

Sourozenec dítěte přijatý k předškolnímu vzdělávání ve výše uvedené mateřské škole:

a) ano b) ne

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

Dávám svůj souhlas Mateřské škole Malešovice k tomu, aby v rámci přijímacího řízení zpracovávala a evidovala osobní údaje a osobní citlivé údaje mého dítěte ve smyslu všech ustanovení zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů v platném znění. Svůj souhlas poskytuji pro účely vedení povinné dokumentace školy podle zákona č. 561/2004 Sb. školního zákona v platném znění, pro vedení nezbytné zdravotní dokumentace a psychologických vyšetření. Byl/a jsem poučen/a o právech podle zákona č. 101/2000 Sb. Byl/a jsem poučen/a o svých právech ve správním řízení, ve smyslu příslušných ustanovení zákona č. 500/2004 Sb., o správním řízení (správní řád) v platném znění, zejména o možnosti nahlížet do spisu.

V Malešovicích dne: _____ Podpis zákonného zástupce: _____

VYJÁDŘENÍ DĚTSKÉHO LÉKAŘE

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

1. Dítě je řádně očkováno a je možné ho přijmout do MŠ dle ustanovení § 50 zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví ve znění pozdějších předpisů **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**

7. Jiná sdělení lékaře:

.....
.....

8. Dítě **JE** x **NENÍ** zdravotně postižené, vyžaduje speciální péči v oblasti:

zdravotní

smyslové

tělesné

jiné

1. Jiná závažná sdělení (léky, alergie, apod.):

.....
.....

_____ datum

_____ razítko a podpis lékaře

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.