

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

v mateřské škole, jejíž činnost vykonává **Základní škola a mateřská škola Hostašovice,**
příspěvková organizace ode dne_____

Čj.:	Registrační číslo (přidělené žadateli dle § 183, zák. č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon))

ŽADATEL (DÍTĚ):

Jméno a příjmení:		
Datum narození /rodné číslo:		
Místo trvalého pobytu:		
Kontaktní adresa: <i>(pokud se liší od trvalého pobytu)</i>		

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE ŽADATELE:

Jméno a příjmení:		
Bydliště:		
Doručovací adresa:		
Telefon:		
Email:		

SOUROZENEC, který je již v dané škole přijatý a bude se v MŠ vzdělávat i v daném školním roce:

Jméno a příjmení:	1.	rok nar.:
	2.	rok nar.:

DOPLŇUJÍCÍ ÚDAJE *(vyplní v případě potřeby zákonný zástupce ve spolupráci s ředitelkou školy):*

Např. zdravotní omezení, která by mohla mít vliv na průběh vzdělávání dítěte apod.

Prohlašuji, že uvedené údaje jsou správné a jakoukoli změnu v údajích nahlásím.

Na výzvu je zákonný zástupce povinen doložit dokumenty: průkaz totožnosti, (§ 36, odst. 4, zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů), oprávnění pobývat na území ČR (§ 20 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů) apod.

POTVRZENÍ O OČKOVÁNÍ

jméno a datum narození: _____

V souladu s § 34 odst. 5, zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů) a § 50 zákona č. 258/200Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů, **může mateřská škola, s výjimkou zařízení, do nichž je docházka povinná, přijmout pouze dítě, které se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, případně má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci.**

Dítě je očkováno dle zákona: **ANO - NE**

Dítě má doklad, že je proti nákaze imunní: **ANO - NE**

Trvalá kontraindikace: **ANO - NE**

Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji?	ANO*	NE*
Trpí dítě chronickým onemocněním?	ANO*	NE*
Je potřeba speciální výchovy?	ANO*	NE*
Je potřeba speciálního režimu??	ANO*	NE*
Bere dítě pravidelně léky?	ANO*	NE*
Může se dítě zúčastnit speciálních akcí školy jako je např. plavání, výlet, zotavovací akce apod.?	ANO*	NE*
Je dítě pravidelně očkováno?	ANO*	NE*
Jde o integraci postiženého dítěte do mateřské školy?	ANO*	NE*
S jakým postižením?	ANO*	NE*

DOPORUČUJI – NEDOPORUČUJI*
přijetí dítěte do mateřské školy

Datum:

Razítko a podpis lékaře:

Podpis zákonného zástupce žadatele: _____

Hostašovice dne: _____ **Žádost za MŠ převzala:** _____

* nehodící se škrtněte