

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 od školního roku 2023/2024 do mateřské školy, jejíž činnost vykonává **Mateřská škola Oskoříněk, okres Nymburk**.

Dítě:

Jméno a příjmení _____

Datum narození: _____ Rodné číslo: _____

Místo trvalého pobytu: _____

1. Zákonný zástupce dítěte (který žádost předkládá, a se kterým bude vedeno řízení o přijetí)

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Místo trvalého pobytu: _____

Adresa pro doručování písemností: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

2. Zákonný zástupce dítěte:

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Místo trvalého pobytu: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

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

V _____ dne _____

jméno a podpis 1. zákonného zástupce, který žádost předkládá

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

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