

Číslo jednací

Registrační číslo.....

Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání od.....

Jméno a příjmení dítěte	
Datum a místo narození	
Trvalé bydliště	
Národnost	
Pojišťovna	

Jméno a příjmení matky	
Trvalé bydliště	
Telefon, e-mail	

Jméno a příjmení otce	
Trvalé bydliště	
Telefon, e-mail	

Zákonní zástupci dítěte se dohodli, že záležitosti spojené s přijetím k předškolnímu vzdělávání bude vyřizovat **jeden zákonný zástupce:**

Jméno a příjmení:

Doručovací adresa:

PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE

1. Beru na vědomí, že v souladu s § 36 odst. 3 zákona č. 500/2004 Sb., správního řádu, máme jako zákonní zástupci svého dítěte možnost se ještě před vydáním rozhodnutí ve věci přijímacího řízení k předškolnímu vzdělávání v MŠ vyjádřit k podkladům rozhodnutí a vyjádřit se k nim /je možné v budově školy po celou dobu řízení po telefonické domluvě se zástupkyní pro předškolní vzdělávání/.
2. Beru na vědomí, že dnem podání žádosti je zahájeno správní řízení, o jehož průběhu jsem byl/a/ poučen/a/ v den zápisu.
3. Svým podpisem potvrzuji, že jsem se seznámil/a s kritérii pro přijetí dětí.

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu a řádném očkování dítěte.....

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE:

(odpovídající zaškrtněte)

1. ☐ Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy.

2. ☐ Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:

☐ zdravotní

☐ tělesné

☐ smyslové

☐ jiné

Jiná závažná sdělení o dítěti

POTVRZENÍ PEDIATRA O ŘÁDNÉM OČKOVÁNÍ DÍTĚTE

podle § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví je dítě

☐ **ŘÁDNĚ OČKOVANÉ DLE KALENDÁŘE**

☐ **NENÍ** řádně očkované, ale je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci

☐ **NENÍ** řádně očkováno z jiných důvodů a tudíž nesplňuje § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.

☐ **jedná se o dítě, které má povinnou předškolní docházku a nemusí být řádně očkované**

V dne.....

Razítko a podpis lékaře

DOPORUČENÍ ŠKOLSKÉHO PORADENSKÉHO ZAŘÍZENÍ NEBO ODBORNÉHO LÉKAŘE

- **POUZE V PŘÍPADĚ ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ DÍTĚTE**

Doporučuji dítě se speciálními vzdělávacími potřebami k integraci do MŠ.

V.....dne.....Razítko a podpis pracovníka ŠPZ nebo lékaře

V dnePodpis zákonného zástupce dítěte:.....

Vyplňuje MŠ:

Žádost přijata dne

Rozhodnutí odesláno dne:č.j.....

Správní řízení ukončeno dne:.....

.....
podpis zástupkyně pro předškolní vzdělávání

