

Č. j.

MATEŘSKÁ ŠKOLA, ŽLUNICE
Žlunice 145, 507 34 Žlunice
tel.702 187 776
ředitelka školy Mgr. Radka Beňáková

Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

Zákonný zástupce dítěte, popřípadě osoba zmocněná k zastupování dítěte při přijímacím řízení

Jméno a příjmení.....

Datum narození.....

Trvalé bydliště.....

Kontaktní telefon.....

Email.....

Adresa pro doručování písemností je shodná s adresou trvalého bydliště

ANO X NE

Uveďte adresu pro doručování.....

Žádám o přijetí dítěte

Jméno a příjmení dítěte.....

Datum narození.....

Trvalé bydliště.....

Dítěti **JE x NENÍ*** diagnostikováno školským poradenským zařízením mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, závažné vady řeči, závažné vývojové poruchy chování, souběžné postižení více vadami nebo autismus.

Datum..... **Podpis zákonného zástupce**.....

Doklady, které je zákonný zástupce povinen předložit při zápisu:

- rodný list dítěte
- průkaz totožnosti zákonného zástupce, popř. doklad o zmocnění zastupovat dítě v přijímacím řízení v případě osob, které osobně pečují o dítě v pěstounské péči
- doporučení školského poradenského zařízení (v případě dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami)
- doklad, že je dítě proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci (v případě nepodrobení se očkování)

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 5 let.

*) hodící se zakroužkujte

Vyjádření lékaře

Nevyplňuje se na žádosti o přijetí dítěte, pro které je předškolní vzdělávání povinné.

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 x NE,^{*)}

nebo

má doklad, že je proti nákaze imunní

ANO x NE,^{*)}

nebo

má doklad, že se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci, popř. pro dočasnou kontraindikaci (z dlouhodobého hlediska brání zdravotní stav dítěte podání očkovací látky).

ANO x NE,^{*)}

Datum:

Razítko a podpis lékaře:

^{*)} hodící se zakroužkujte