



Mateřská škola, Žacléř

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE

k předškolnímu vzdělávání



Žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání, jejíž činnost vykonává
Mateřská škola, Žacléř od

Pracoviště: B. Němcové 373

Na Pilíři 204

Dítě:

Jméno a příjmení.....

Datum narození.....

Trvalý pobyt

Zákonný zástupce dítěte, popř. osoba, která je oprávněná účastníka řízení (dítě) v přijímacím řízení zastupovat:

Jméno a příjmení.....

Trvalý pobyt

Telefonní číslo**)

e-mailová adresa**)

) **nepovinný údaj, jehož vyplněním souhlasí zákonný zástupce s jeho zpracováním **pouze pro účel** zefektivnění komunikace mezi školou a zákonným zástupcem v době přijímacího řízení

Adresa pro doručování písemností, pokud není shodná s trvalým pobytem:

.....

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.

_____ podpis zákonného zástupce

V _____ dne _____

*) hodící se zakroužkujte

Doklady, které je zákonný zástupce povinen předložit:

- prostou kopii rodného listu dítěte
- doklad o zmocnění zastupovat dítě v přijímacím řízení (v případě, když žádost nepodává zákonný zástupce)
- doporučení školského poradenského zařízení (v případě dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami)
- čestné prohlášení + kopie očkovacího průkazu dítěte, případně doklad, že je dítě proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou (dočasnou) kontraindikaci (v případě nepodrobení se očkování)

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,*)

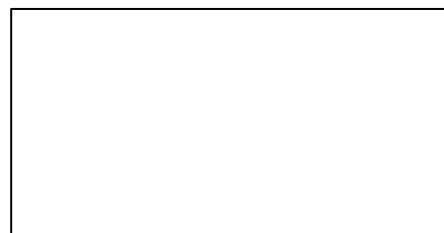
nebo

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