

Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

Rodiče dítěte, zákonní zástupci dítěte:

Jméno a příjmení matky:

Trvalé bydliště:

Adresa pro doručování:

Telefon:

E-mailová adresa:.....

Jméno a příjmení otce:

Trvalé bydliště:

Adresa pro doručování:

Telefon:

E-mailová adresa:.....

žádají o přijetí dítěte

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:Státní občanství:.....

Trvalé bydliště:

podle ustanovení § 34 zákona č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) ve znění pozdějších předpisů k předškolnímu vzdělávání do mateřské školy, jejíž činnost vykonává Mateřská škola Sokolnice, okres Brno – venkov, příspěvková organizace

od

Požadovaná délka docházky: celodenní – polodenní (zakroužkujte)

Dítě má v mateřské škole staršího sourozence: ano – ne (zakroužkujte)

Totožnost dítěte byla ověřena podle rodného listu/r.č.:
(nevyplňujte)

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

V dne

.....
jméno a podpis zákonného zástupce

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 KE ZDRAVOTNÍMU STAVU

- | | | |
|--|-----|----|
| 1. Dítě je řádně očkováno a je možné ho přijmout do MŠ dle ustanovení § 50 zákona č.258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví ve znění pozdějších předpisů | 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 |
| 7. Možnost účasti na akcích školy – plavání, škola v přírodě | ANO | NE |

Jiná sdělení lékaře:

.....
Datum

.....
Razítko a podpis lékaře