

# 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)

*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

Potvrzuji, že totožnost dítěte byla ověřena podle rodného listu.

Ředitelka MŠ Sokolnice/zástupkyně ředitelky (podpis):.....