

Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

Podle ustanovení § 34 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), v platném znění

žádám o přijetí

Jméno a příjmení dítěte	
Datum narození	
Místo trvalého pobytu	

k předškolnímu vzdělávání

do Základní školy a Mateřské školy Malšice, okres Tábor od školního roku 202_/202_.

k celodenní pravidelné docházce k polodenní pravidelné docházce

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

Jméno a příjmení zák. zástupce			
Datum narození			
Místo trvalého pobytu			
Doručovací adresa (je-li odlišná od místa trvalého pobytu)			
telefon		email	

V _____ dne _____ podpis zák. zástupce _____

VYPLNÍ ŠKOLA

Datum doručení			
Č. j.			
Registrační číslo			
Počet listů		Počet příloh (např. doporučení ŠPZ, odb. lékaře nebo klin. psychologa, příp. další s ohledem na individuální případ – soudní rozhodnutí apod.)	

Jméno dítěte:

Datum narození:

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 nebo nemůže se očkování podrobit pro kontraindikaci | 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 |

Jiná sdělení lékaře:

Datum :

Razítko a podpis lékaře