

Mateřská škola Hrubčice, příspěvková organizace
se sídlem Hrubčice, 40, 79821 Bedihošť

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) ve znění pozdějších předpisů žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání do mateřské školy, jejíž činnost vykonává Mateřská škola Hrubčice, příspěvková organizace k datu: **1.9.2018**

Dítě:

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Místo trvalého pobytu: _____

Zákonný zástupce dítěte:

Jméno a příjmení: _____

Místo trvalého pobytu: _____

Adresa pro doručování písemností: _____

Telefon a email: _____

Zákonný zástupce dítěte:

Jméno a příjmení: _____

Místo trvalého pobytu: _____

Adresa pro doručování písemností: _____

Telefon a email: _____

Požadovaná délka docházky: a) celodenní b) polodenní

Sourozenec dítěte přijatý k předškolnímu vzdělávání ve výše uvedené mateřské škole:

a) ano b) ne

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

V _____ dne _____

V _____ dne _____

Jméno a podpis zákonného zástupce

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 |

Jiná sdělení lékaře:

.....
Datum

.....
Razítko a podpis lékaře