

Základní škola a Mateřská škola Žirovnice

Komenského 47, 394 68 Žirovnice

ŽÁDOST

O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ DO MATEŘSKÉ ŠKOLY,
jejíž činnost vykonává **ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA ŽIROVNICE**,
Komenského 47, 394 68 Žirovnice
(dále též „MŠ“)

ŽÁDÁM O UMÍSTĚNÍ DÍTĚTE DO: MŠ ŽIROVNICE

TERMÍN NÁSTUPU DO MATEŘSKÉ ŠKOLY: 1. 9. 2021

TYP DOCHÁZKY DÍTĚTE DO MŠ:

☐ celodenní

☐ polodenní

☐ omezená

(Jde o Váš návrh dohody o docházce dítěte podle § 1a odst. 5 vyhlášky č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání, v platném znění)

Účastník řízení:

Jméno a příjmení _____

Datum narození _____ **státní občanství** _____

Místo trvalého pobytu _____ **číslo telefonu rodiče** _____

Místo narození _____

Údaje o rodičích (zákonných zástupcích):

Otec: **Jméno a příjmení** _____

Místo trvalého pobytu _____

Adresa pro doručování: _____

E-mail _____ 1)

Telefon: _____

Matka: **Jméno a příjmení** _____

Místo trvalého pobytu _____

Adresa pro doručování: _____

E-mail _____ 1)

Telefon: _____

1) Nepovinný údaj

Vyjádření rodičů o zdravotním stavu dítěte:

Jméno a adresa ošetřujícího lékaře (pediatra) dítěte:

Zdravotní pojišťovna dítěte:

PROHLÁŠENÍ:

1. Bereme na vědomí, že pokud v této žádosti uvedeme nepravdivé údaje, může správní orgán své rozhodnutí zrušit a rozhodnout ve věci znovu a že může být v tomto případě také zahájeno přestupkové řízení.
2. Veškeré písemnosti budou předávány nebo zasílány zákonnému zástupci:

Jméno a

příjmení: _____

Adresa pro zasílání písemností:

3. Bereme na vědomí, že MŠ zpracovává osobní údaje dětí jako svou právní povinnost (§ 28 zákona č. 561/2004 Sb.). Souhlasíme se zpracováním osobních a citlivých údajů dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů.
5. Prohlašuji, že jsem nezatajil/a žádné závažné a skutečné informace o zdravotním stavu dítěte.
6. Se všemi podmínkami přijetí do mateřské školy jsem byl/a seznámen/a a souhlasím.

Podpis zákonného zástupce/zákonných zástupců dítěte:

V _____ dne _____

ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA ŽIROVNICE

Komenského 47, 394 68 Žirovnice

Jméno a příjmení účastníka řízení:

Datum narození:.....

Adresa trvalého pobytu:.....

VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE

1. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy.

2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:

(odpovídající zaškrtněte)

☐ zdravotní

☐ tělesné

☐ smyslové

☐ jiné:

Jiná závažná sdělení o dítěti:

Alergie:

Souhlasím s možností účasti dítěte na akcích školy – plavání, škola v přírodě, školní výlety, lyžování

POTVRZENÍ PEDIATRA O ŘÁDNÉM OČKOVÁNÍ DÍTĚTE pro účely přijetí do mateřské školy

podle § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, v platném znění

☐ Dítě je řádně očkováno.

☐ Dítě není řádně očkováno, ale proti nákaze je imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci.

☐ Dítě není řádně očkováno z jiných důvodů, tudíž nesplňuje § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, v platném znění

V dne:

Razítko a podpis lékaře

ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA ŽIROVNICE

Komenského 47, 394 68 Žirovnice

Připojujeme doporučení školského poradenského zařízení nebo odborného lékaře:

**DOPORUČENÍ ŠKOLSKÉHO PORADENSKÉHO ZAŘÍZENÍ
NEBO ODBORNÉHO LÉKAŘE**

(vyplnit pouze v případě zdravotního postižení dítěte)

Doporučuji dítě se speciálními vzdělávacími potřebami k integraci do Mateřské školy Žirovnice, Komenského 47, 394 68 Žirovnice

V _____ dne _____

Razítko a podpis pracovníka ŠPZ nebo lékaře