Mateřská škola Klášterec nad Orlicí, okres Ústí nad Orlicí
561 82 Klášterec nad Orlicí 218
IČ: 75017369, tel.: 465 637 382, e-mail: ms.klasterec@email.cz, IDDS: ftaz9qq

Vyplní škola

Spisová značka:_____Číslo jednací:_____Reg.číslo:_____Body:_____

ŽÁDOST O PŘIJETÍ 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 od školního roku **2025/2026** do mateřské školy, jejíž činnost vykonává Mateřská škola Klášterec nad Orlicí, okres Ústí nad Orlicí.

DÍTĚ:

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Místo trvalého pobytu: _____

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE:

Jméno a příjmení: _____

Místo trvalého pobytu: _____

Adresa pro doručování písemností: _____

Kontaktní telefon*: _____ E-mail*: _____

Datová schránka*: _____

* Nepovinný údaj, jehož vyplněním souhlasí zákonný zástupce s jeho zpracováním pouze pro účel zefektivnění komunikace mezi školou a zákonným zástupcem v době přijímacího řízení.

DÉLKA DOCHÁZKY ☐ Celodenní ☐ Polodenní ☐ Individuální vzdělávání

Souhlasím s tím, aby osobní informace, týkající se mého dítěte, byly využity pro potřeby mateřské školy.

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

V _____ dne _____

Jméno a podpis zákonného zástupce _____

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

(doklad potvrzující, že se dítě podrobilo stanovenému pravidelnému očkování, případně doklad, že je proti nákaze imunní nebo, že se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci a to podle ustanovení §50 zákona č.258/2000 Sb., O ochraně veřejného zdraví, §34 odst.5 zákona č.561/2004 Sb., Školského zákona a změně některých souvisejících zákonů)

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození: _____

1. Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním (popř. splnilo podmínku nezbytného očkovacího statusu pro přijetí k předškolnímu vzdělávání v rozsahu nejméně jedné dávky očkovací látky proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám a dále v případě očkování hexavakcínou bylo dítě očkováno ve schématu minimálně 2+1 dávka)	ANO	NE
nebo		
je proti nákaze imunní	ANO	NE
nebo		
nemůže se očkování podrobit pro kontraindikaci	ANO	NE
2. Vyžaduje dítě speciální péči v oblasti: zdravotní, tělesné, smyslové, jiné?	ANO	NE
3. Trpí dítě chronickým onemocněním – jakým?	ANO	NE
4. Bere dítě pravidelně léky – jaké?	ANO	NE
5. Doporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělání	ANO	NE
6. Možnost účasti na akcích školy – plavání, lyžování, školní výlety	ANO	NE

Jiná sdělení lékaře:

…….. ……..

Datum Razítko a podpis lékaře