

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 2026/2027** do mateřské školy, jejíž činnost vykonává Mateřská škola, Praha 10, Štěchovická 1981/4, příspěvková organizace.

Pracoviště: MŠ Štěchovická

DÍTĚ:

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Místo trvalého pobytu: _____

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE:

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

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.

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

V _____ dne _____

Jméno a podpis zákonného zástupce

Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

Zpracování osobních údajů na žádosti je nezbytné pro splnění právní povinnosti (§ 37 odst. 2 zákona č. 500/2004 Sb. a § 34 odst. 5 a 6 zákona č. 561/2004 Sb.) a správce údajů je bude zpracovávat pouze v rozsahu nezbytném pro vedení správního řízení a uchovávat po dobu stanovenou spisovým a skartačním řádem a dle dalších platných právních předpisů.

VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE

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 HEXAVAKCÍNA ve schématu 2+1 dávka a nejméně jedné dávky PRIORIXU - očkovací látky proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám) ANO NE

nebo

je proti nákaze imunní a má o tom doklad ANO NE

nebo

nemůže se očkování podrobit pro kontraindikaci ANO NE

2. Speciální péče v oblasti zdravotní, tělesné, smyslové, jiné: ANO NE

3. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji - jaké ? ANO NE

4. Alergie, popřípadě chronická onemocnění ANO NE

5. V případě požití alergenu je nutné bezprostřední podání léku ANO NE

6. Potravinová intolerance ANO NE

7. Pravidelné užívání léků ANO NE

8. Jedná se o integraci? ANO NE

9. Doporučuji přijetí dítěte do MŠ ANO NE

.....
Datum

.....
Razítko a podpis lékaře

Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

Zpracování osobních údajů na žádosti je nezbytné pro splnění právní povinnosti (§ 37 odst. 2 zákona č. 500/2004 Sb. a § 34 odst. 5 a 6 zákona č. 561/2004 Sb.) a správce údajů je bude zpracovávat pouze v rozsahu nezbytném pro vedení správního řízení a uchovávat po dobu stanovenou spisovým a skartačním řádem a dle dalších platných právních předpisů.