

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ DO MATEŘSKÉ ŠKOLKY STÁRKOV

Číslo jednací: _____

Žádost přijata dne: _____

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 celodennímu předškolnímu vzdělávání do mateřské školy, jejíž činnost vykonává Základní škola a Mateřská škola Stárkov.

Žádosti vyřizuje Mgr. Marie Seidlová ředitelka ZŠ a MŠ Stárkov.

Jméno a příjmení zákonného zástupce:	
Jméno a příjmení dítěte:	
Datum narození dítěte:	
Místo narození dítěte:	
Místo trvalého pobytu:	
Adresa pro doručení písemností (pokud není shodná s místem trvalého pobytu):	
Telefonní kontakt:	
E - mailová adresa:	
Státní příslušnost:	
Mateřský jazyk:	
Datum nástupu dítěte k předškolnímu vzdělávání:	

Prohlašuji, že veškeré údaje, které jsem v žádosti uvedl/a, jsou přesné, pravdivé a úplné. Jsem si vědom/a toho, že pokud by mnou uvedené informace byly obráceny v opak, budu čelit všem z toho vyplývajícím právním následkům.

Souhlasím, aby mateřská škola, jejíž činnost vykonává výše uvedená organizace, v rámci přijímacího řízení zpracovávala a evidovala osobní údaje a osobní citlivé údaje mého dítěte ve smyslu všech ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů v platném znění.

Ve Stárkově dne: _____

podpis zákonného zástupce

Příloha k žádosti o přijetí dítěte do mateřské školy – vyjádření lékaře

Údaje o dítěti:

Jméno a příjmení:	
Datum narození:	
Adresa trvalého pobytu:	

1. Potvrzení o očkování dítěte pro účely přijetí do MŠ

Vyjádření lékaře: (prosím zaškrtněte)

- Dítě je řádně očkováno.
- Dítě není řádně očkováno, ale je proti nákaze imunní nebo se očkování nemůže podrobit pro trvalou kontraindikaci.
- Dítě není řádně očkováno, tudíž nesplňuje § 50, zákon 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů.

2. Vyjádření lékaře o zdravotním stavu dítěte

Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy: _____

Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti: _____

- Zdravotní
- Tělesné
- Smyslové
- Jiné: _____

Jiná závažná sdělení o dítěti:

Alergie:

Datum vydání

Jméno, příjmení a podpis lékaře
razítko poskytovatele zdravotnických služeb