



**Mateřská škola Starovice, okres Břeclav,
příspěvková organizace
69301 Starovice 36**

www.msstarovice.cz

email: reditelna@msstarovice.cz

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 od roku **2024/2025** do mateřské školy, jejíž činnost vykonává **Mateřská škola, Starovice, okres Břeclav, příspěvková organizace**

DÍTĚ:

JMÉNO A PŘÍJMENÍ: _____

DATUM NAROZENÍ: _____

MÍSTO TRVALÉHO POBYTU: _____

RODNÉ ČÍSLO: _____

ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA: _____

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE:

JMÉNO A PŘÍJMENÍ: _____

DATUM NAROZENÍ: _____

MÍSTO TRVALÉHO BYDLIŠTĚ: _____

ADRESA PRO DORUČOVÁNÍ PÍSEMNOSTÍ: _____

TELEFON: _____ E-MAIL: _____

POŽADOVANÁ DÉLKA DOCHÁZKY: a) celodenní b) polodenní

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

V _____ dne _____

_____ jméno a podpis zákonného zástupce

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.



**Mateřská škola Starovice, okres Břeclav,
příspěvková organizace
69301 Starovice 36**

www.msstarovice.cz

email: reditelna@msstarovice.cz

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

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. 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