

## **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 do mateřské školy, jejíž činnost vykonává Základní škola a Mateřská škola Všemina, okres Zlín, příspěvková organizace k datu: \_\_\_\_\_

### **Dítě:**

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Místo trvalého pobytu: \_\_\_\_\_

### **Zákonný zástupce dítěte:**

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Místo trvalého pobytu: \_\_\_\_\_

Adresa pro doručování písemností: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

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

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Jméno a podpis zákonného zástupce

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 KE ZDRAVOTNÍMU STAVU**

Jméno a příjmení dítěte: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                                           |     |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| 1. Dítě je řádně očkováno a je možné ho přijmout do MŠ dle ustanovení § 50 zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví ve znění pozdějších předpisů | 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