

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 Frýdek-Místek - Chlebovice, Pod Kabátcí 107** s datem nástupu **1. 9. 2021**

Jméno a příjmení **zákonného zástupce** _____

Adresa _____

Telefon _____

E-mail _____

Jméno a příjmení **dítěte** _____

Rodné číslo _____

Místo trvalého pobytu _____

Zdravotní pojišťovna _____

Místo _____ Datum _____

Prohlašuji, že jedním ve shodě s druhým zákonným zástupcem dítěte.

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

Podpis **zákonného zástupce** _____

Příloha žádosti – **Vyjádření lékaře o zdravotní způsobilosti dítěte včetně potvrzení o očkování**

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.

Potvrzení o zdravotní způsobilosti dítěte včetně potvrzení o očkování

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 dítěte _____ Datum narození _____

A. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy _____

B. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:

- a/ zdravotní
- b/ tělesné
- c/ smyslové
- d/ jiné:

Alergie _____

Užívání léků _____

C. Dítě je řádně očkováno _____

Jiná závažná sdělení o dítěti _____

Přijetí dítěte do MŠ

DOPORUČUJI

NEDOPORUČUJI

Dne _____

razítko a podpis lékaře