

1 – Žádost o přijetí k předškolnímu vzdělávání

Podle ustanovení §34 zákona č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním a vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) ve znění pozdějších předpisů žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání od školního roku 2025/2026 do mateřské školy, jejíž činnost vykonává Základní škola a Mateřská škola Frenštát pod Radhoštěm, Záhuní 408, okres Nový Jičín.

DÍTĚ:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Místo trvalého pobytu:

1. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE:

Jméno a příjmení:

Místo trvalého pobytu:

Adresa pro doručování písemností:.....

Kontaktní telefon*:

E-mail*:

Datová schránka*:

2. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE:

Jméno a příjmení:

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.

Jména a datum narození sourozenců navštěvujících MŠ Dolní:

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

V dne

Podpis zákonného zástupce.....

Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání. Zpracování osobních údajů na žádosti je nezbytné pro splnění právní povinnosti (§37 odst2 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.

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE – PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

- | | | |
|--|-----|----|
| 1. Dítě je řádně očkováno | ANO | NE |
| nebo | | |
| je proti nákaze imunní | ANO | NE |
| nebo | | |
| nemůže se očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci, popř. pro dočasnou kontraindikaci
(z dlouhodobého hlediska brání zdravotní stav dítěte podání očkovací látky) | ANO | NE |
| 2. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji | ANO | NE |
| 3. Dítě trpí chronickým onemocněním | ANO | NE |
| 4. Dítě bere pravidelně léky – jaké? | ANO | NE |
| 5. Jedná se o integraci dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami | ANO | NE |
| 6. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti: | ANO | NE |
| 7. Alergie | ANO | NE |
| 8. Doporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání | ANO | NE |

Jiná sdělení lékaře

.....

Datum

.....

Razítko a podpis lékaře