

MŠ: Přijato dne: _____ v _____ hod., pod č.j: _____

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE DO MATEŘSKÉ ŠKOLY

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození dítěte: _____

Bydliště: _____

žádá prostřednictvím svého zákonného zástupce

Jméno a příjmení otce: _____

*email: _____ *mobil: _____

trvale bytem: _____

Jméno a příjmení matky: _____

*email: _____ *mobil: _____

trvale bytem: _____

Adresa pro doručování: _____

(*dobrovolný údaj)

Předpokládaný režim docházky: a) celodenní b) půldenní

Sdělení:

- ▶ Rodiče upozorňujeme, že na základě zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, v platném znění, mají jako rodiče právo zastupovat dítě při právních jednáních, ke kterým není právně způsobilé. Rodiče jsou povinni si vzájemně sdělit vše podstatné, co se týká dítěte a jeho zájmů.
- ▶ Při právním jednání vůči dítěti, které není způsobilé ve věci samostatně právně jednat, postačí k jednání jen jeden z rodičů jako zákonný zástupce dítěte, který bude jednat s třetí stranou (tj. s naší školou).
- ▶ Jedná-li jeden z rodičů v záležitosti dítěte sám vůči třetí osobě /škola/, tak ta je v dobré víře, má se za to, že jedná se souhlasem druhého rodiče
- ▶ Zákonný zástupce svým vlastnoručním podpisem stvrzuje výše uvedenou skutečnost, že tomu tak skutečně je, a právně jedná v dané věci se souhlasem druhého z rodičů.
- ▶ Zákonný zástupce prohlašuje, že veškeré údaje, které v žádosti uvedl/a, jsou přesné a pravdivé.

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.

VYJÁDRĚNÍ 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

Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

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.