

## ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

**Žadatel (zákonný zástupce):**

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Trvalé bydliště: \_\_\_\_\_

Doručovací adresa: \_\_\_\_\_

Kontaktní telefon: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

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 mého dítěte k předškolnímu vzdělávání k datu: \_\_\_\_\_

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Adresa trvalého bydliště: \_\_\_\_\_

Doručovací adresa: \_\_\_\_\_

Požadovaná délka docházky:      a) celodenní    b) polodenní

Sourozenec v mateřské škole:      a) ano            b) ne

### VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU

- |  |        |
|--|--------|
| 1. Podrobilo se dítě povinnému očkování 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

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

\_\_\_\_\_

Jméno a podpis zákonného zástupce