

## ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

do Mateřské školy Slatiňany, okres Chrudim, Švermova 693, 538 21 Slatiňany

Číslo evidenční: _____	Číslo jednací: _____
------------------------	----------------------

TERMÍN NÁSTUPU DO MATEŘSKÉ ŠKOLY: \_\_\_\_\_

TYP DOCHÁZKY DÍTĚTE DO MŠ:  celodenní  polodenní

### ÚDAJE O DÍTĚTI

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Místo trvalého pobytu: \_\_\_\_\_

### ÚDAJE O ZÁKONNÉM ZÁSTUPCI ( popř. osobě, která je oprávněná účastníka řízení (dítě) v přijímacím řízení zastupovat):

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Místo trvalého pobytu: \_\_\_\_\_

Telefon\*: \_\_\_\_\_ Datová schránka\*: \_\_\_\_\_

Adresa pro doručování písemností (pokud není shodná s místem trvalého pobytu):  
\_\_\_\_\_

*\* Není povinný údaj*

### ÚDAJE O SOUROZENCI (týká se sourozence, který již do MŠ Slatiňany, okres Chrudim dochází a bude ji navštěvovat i od 1. 9. nového školního roku).

Jméno a datum narození: \_\_\_\_\_

### VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O OČKOVÁNÍ DÍTĚTE

Podle § 50 zákona č. 258/2000Sb., o ochraně veřejného zdraví  
se dítě podrobilo stanovenému pravidelnému očkování

ANO

NE

nebo dítě má doklad, že je proti nákaze imunní

ANO

NE

nebo dítě se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci

ANO

NE

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

Razítko a podpis lékaře

! Potvrzení od lékaře není nutno vyplňovat na žádosti o přijetí dítěte, pro které je předškolní vzdělávání povinné.

### VYJÁDŘENÍ ZÁK. ZÁSTUPCŮ O SPECIÁLNÍCH VZDĚLÁVACÍCH POTŘEBÁCH DÍTĚTE

Dítě má speciální vzdělávací potřeby (tato informace nemá vliv na rozhodování ředitele školy o přijetí/nepřijetí dítěte, např. diabetes)

ANO

NE

Jaké: \_\_\_\_\_

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

Podpis zákonného zástupce dítěte: \_\_\_\_\_

Potvrzení převzetí žádosti dne \_\_\_\_\_ Podpis \_\_\_\_\_

Totožnost žadatelů byla ověřena podle OP č. \_\_\_\_\_

Totožnost dítěte byla ověřena podle rodného listu \_\_\_\_\_



