**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 od školního roku **2022/2023** do mateřské školy, jejíž činnost vykonává **Mateřská škola, Český Krumlov, Za Nádražím 223**.

**Dítě:**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení: |  |
| Datum narození: |  |
| Místo trvalého pobytu: |  |

**Zákonný zástupce dítěte:**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení: |  |
| Místo trvalého pobytu: |  |
| Adresa pro doručování písemností: |  |
| Telefon\*: |  |  Email\*: |  |
| 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.

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

jméno a 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.

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU**

|  |
| --- |
| **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 |