

## **ŽÁDOST O PŘIJETÍ 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 do mateřské školy, jejíž činnost vykonává Mateřská škola, Praha 10, Štěchovická 4/1981, příspěvková organizace od 1.9.2018.

### **Pracoviště: MŠ Štěchovická**

#### **DÍTĚ:**

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Místo trvalého pobytu: \_\_\_\_\_

#### **ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE:**

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Adresa trvalého bydliště: \_\_\_\_\_

Adresa pro doručování: \_\_\_\_\_

Kontaktní telefon: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Datová schránka: \_\_\_\_\_

*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 je řádně očkováno a je možné ho přijmout do MŠ dle ustanovení § 50 zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví ve znění pozdějších předpisů           | ANO | NE |
| Dítě je očkováno hexavalentní očkovací látkou proti záškrtu, tetanu, pertusi, Haemophilus influenzae b, virové hepatitidě B, dětské obrně ve schématu minimálně 2+1 | ANO | NE |
| Dítě je očkováno minimálně jednou očkovací látkou proti spalničkám, zarděnkám a příušnicím  | 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