

## **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 **od školního roku 2025/2026** do mateřské školy, jejíž činnost vykonává Mateřská škola Blansko, Dvorská 96, příspěvková organizace.

### **DÍTĚ:**

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Místo trvalého pobytu:

### **1. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE:**

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Místo trvalého pobytu:

Adresa pro doručování písemností:

Kontaktní telefon\*:

E-mail\*:

Datová schránka\*:

### **2. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE:**

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Místo trvalého pobytu:

Adresa pro doručování písemností:

Kontaktní telefon\*:

E-mail\*:

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.

### **PREFERENCE PRACOVISTĚ:**

☐ Dvorská 96

☐ Dvorská 30

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

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

Podpis zákonného zástupce

Podpis 2. zákonného zástupce

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.*

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

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