

Přijato dne:

Číslo jednací:

Registrační číslo: .....

## 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 Rebešovice, Horky 400, 664 61 Rebešovice.

### Údaje o dítěti:

<i>Jméno a příjmení:</i>
<i>Datum narození:</i>
<i>Místo trvalého pobytu:</i>
<i>Státní občanství:</i>

Typ docházky:

1) celodenní

2) polodenní

### Zákonní zástupci:

<b><i>Jméno a příjmení matky:</i></b>
<i>Místo trvalého pobytu:</i>
<i>Telefon:</i>
<i>E-mail:</i>
<b><i>Jméno a příjmení otce:</i></b>
<i>Místo trvalého pobytu:</i>
<i>Telefon:</i>
<i>E-mail:</i>

**Zákonní zástupci se dohodli, že záležitosti přijetí dítěte do MŠ bude vyřizovat:**

zákonný zástupce: \_\_\_\_\_

adresa pro doručování je-li odlišná od bydliště: \_\_\_\_\_

datová schránka: \_\_\_\_\_

## Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte

- |  |     |       |
|--|-----|-------|
| 1. Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním<br>nebo<br>má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou<br>kontraindikaci | ANO | NE *) |
|  | ANO | NE *) |
| 2. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji – jaké  | ANO | NE *) |
| 3. Trpí dítě alergickým onemocněním  | ANO | NE *) |
| 4. Bere pravidelně léky – jaké   | ANO | NE *) |
| Jiná sdělení lékaře:   |     |       |

Datum:

razítko a podpis lékaře

Poskytnuté osobní údaje budou využity pro vedení povinné dokumentace školy podle zákona č.561/2004 Sb., školský zákon v platném znění, pro vedení nezbytné zdravotní dokumentace a psychologických vyšetření a pro jiné účely související s běžným chodem školy. Osobní údaje budou zpracovávány v souladu se zákonem č.110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů v platném znění.

**Čestně prohlašuji, že uvedené údaje jsou pravdivé. V případě uvedení nepravdivých údajů lze kdykoliv zrušit rozhodnutí o přijetí dítěte.**

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

-----  
podpis zákonného zástupce

\*) hodící se zakroužkujte

## **Prohlášení**

Stvrzuji svým podpisem, že jsem se seznámil/la s kritérii přijímání dětí do MŠ Rebešovice.  
Tato kritéria беру na vědomí.

Jméno dítěte: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Jména zákonných zástupců včetně podpisů:

Matka \_\_\_\_\_

Otec \_\_\_\_\_

V .....dne.....