

ŽÁDOST

O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ DO MATEŘSKÉ ŠKOLY,
jejíž činnost vykonává *Základní škola a mateřská škola Studenec*, okr. Třebíč (dále též „MŠ“)

ŽÁDÁM O UMÍSTĚNÍ DÍTĚTE DO: MŠ

TERMÍN NÁSTUPU DO MATEŘSKÉ ŠKOLY: _____

TYP DOCHÁZKY DÍTĚTE DO MŠ: _____

(Uveďte podle potřeby jednu z těchto možností docházky: celodenní, polodenní, omezená. Jde o Váš návrh dohody o docházce dítěte podle § 1a odst. 5 vyhlášky č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání, v platném znění, a Čl.3.5 školního řádu)

Údaje o dítěti:

Jméno a příjmení _____ rodné číslo _____

Datum narození _____ státní občanství _____

Místo trvalého pobytu _____ číslo telefonu rodiče _____

Místo narození _____

Údaje o rodičích (zákonných zástupcích):

Otec: Jméno a příjmení _____ datum narození _____

Zaměstnání (adresa, telefon) _____

Místo trvalého pobytu _____

Matka: Jméno a příjmení _____ datum narození _____

Zaměstnání (adresa, telefon) _____

Místo trvalého pobytu _____

Sourozenci: Jméno a rok narození _____

Navštěvuje školu (školku) _____

Vyjádření rodičů o zdravotním stavu dítěte:

Zdravotní pojišťovna dítěte: _____

PROHLÁŠENÍ:

1. Bereme na vědomí, že pokud v této žádosti uvedeme nepravdivé údaje, může správní orgán své rozhodnutí zrušit a rozhodnout ve věci znovu a že může být v tomto případě také zahájeno přestupkové řízení.
2. Veškeré písemnosti budou předávány nebo zasílány zákonnému zástupci:
Jméno a příjmení:
Adresa pro zasílání písemností:
3. Bereme na vědomí, že v souladu s § 36 odst. 3 zákona č. 500/2004 Sb., správního řádu, máme jako zákonní zástupci svého dítěte možnost se ještě před vydáním rozhodnutí ve věci přijímacího řízení k předškolnímu vzdělávání v MŠ vyjádřit k podkladům rozhodnutí. Bereme na vědomí, že seznámit se s podklady pro rozhodnutí a vyjádřit se k nim je možné v budově školy po celou dobu řízení po telefonické domluvě s ředitelkou nebo zástupkyní školy (tel. 568 627 631, 607 723 575).
4. Připojujeme vyjádření lékaře o zdravotním stavu dítěte:

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE

1. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy.

2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:

(odpovídající zaškrtněte)

zdravotní

tělesné

smyslové

jiné: _____

Jiná závažná sdělení o dítěti:

Alergie: _____

5. Připojujeme potvrzení pediatra o řádném očkování dítěte.

| |
|--|
| <p>POTVRZENÍ PEDIATRA O ŘÁDNÉM OČKOVÁNÍ DÍTĚTE podle § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví</p> <p>Dítě <input type="checkbox"/> JE <input type="checkbox"/> NENÍ řádně očkováno.</p> <p>Souhlasím s možností účasti dítěte na akcích školy –plavání, škola v přírodě, školní výlety, ...<i>další aktivity jiné než tyto uvedené...</i></p> <p>V _____ dne _____</p> <p style="text-align: right;">Razítko a podpis lékaře</p> |
|--|

6. Připojujeme doporučení školského poradenského zařízení nebo odborného lékaře.

| |
|---|
| <p>DOPORUČENÍ ŠKOLSKÉHO PORADENSKÉHO ZAŘÍZENÍ NEBO ODBORNÉHO LÉKAŘE (vyplnit pouze v případě zdravotního postižení dítěte)</p> <p>Doporučuji dítě se speciálními vzdělávacími potřebami k integraci do ...<i>název školy...</i></p> <p>V _____ dne _____</p> <p style="text-align: right;">Razítko a podpis pracovníka ŠPZ nebo lékaře</p> |
|---|

7. Se všemi podmínkami přijetí do mateřské školy jsem byl seznámen a souhlasím.

Podpis zákonného zástupce/zákonných zástupců dítěte:

V dne