

Došlo:	Zpr.:
	Spis. zn.:
Počet listů:	Skart. zn. a lhůta:
Počet příloh:	
Č.j.:	S 5

## 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 **2024/2025** do mateřské školy, jejíž činnost vykonává **Mateřská škola Horní Cerekev, okres Pelhřimov**

### Účastník řízení - Dítě:

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Místo trvalého pobytu: \_\_\_\_\_

### Zákonný zástupce dítěte:

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Místo trvalého pobytu: \_\_\_\_\_

Adresa pro doručování  
písemností: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E mail: \_\_\_\_\_

Datová schránka\*: \_\_\_\_\_

\* Není povinné vyplnit

Správce údajů Mateřská škola Horní Cerekev informuje o zpracování osobních údajů na [www.mshornicerekev.cz/gdpr](http://www.mshornicerekev.cz/gdpr). Se všemi podmínkami přijetí do mateřské školy jsem byl seznámen/a. Prohlašuji, že údaje, které jsem uvedl/a v žádosti, jsou pravdivé.

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

Podpis zákonného zástupce: .....

## TYP DOCHÁZKY DÍTĚTE DO MŠ:

- CELODENNÍ
- POLODENNÍ
- POVINNÁ PŘEDŠKOLNÍ

(Jde o Váš **návrh dohody** o docházce podle § 1a odst. 5 vyhlášky č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání)

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 Horní Cerekev, okres Pelhřimov vyjádření dětského lékaře.

Nevztahuje se na děti s povinným předškolním vzděláváním.

## VYJÁDŘENÍ DĚTSKÉHO PRAKTICKÉHO 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

7. Trpí dítě nějakou alergií (druh alergie)

ANO

NE

Jiná sdělení lékaře:

.....  
Datum

.....  
Razítko a podpis lékaře