



Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

Zákonný zástupce dítěte, popř. osoba, která je oprávněná účastníka řízení (dítě) v přijímacím řízení zastupovat:

Jméno a příjmení:

Místo trvalého pobytu:

Adresa pro doručování písemností (pokud není shodná s místem trvalého pobytu):

Kontaktní telefon a e-mail*:

**Nepovinné údaje - vyplněním těchto údajů zákonný zástupce uděluje souhlas s jejich zpracováním za účelem efektivní komunikace v době zápisu a 30 dnů po jeho skončení. Informace týkající se zpracování a ochrany osobních údajů jsou uvedeny na webových stránkách www.zscernilov.cz*

Správní orgán, jemuž je žádost doručována:

Masarykova jubilejní základní škola a mateřská škola, Černilov

Černilov 380, 503 43 Černilov

Předmět žádosti

Žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání do mateřské školy od

Dítě:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Místo trvalého pobytu:

Požadovaná délka docházky: a) celodenní** b) polodenní** ***hodící se zakroužkujte*

Dítě **JE x NENÍ**** diagnostikováno školským poradenským zařízením v oblasti mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, závažné vady řeči, závažné vývojové poruchy chování, souběžné postižení více vadami, autismus.

V

dne

Podpis zákonného zástupce: _____

Doklady, které je zákonný zástupce povinen předložit při zápisu:

- rodný list
- průkaz totožnosti zákonného zástupce, popř. doklad o zmocnění zastupovat dítě v přijímacím řízení v případě osob, které osobně pečují o dítě v pěstounské péči
- doporučení školského poradenského zařízení (v případě dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami)
- doklad, že je dítě proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci (v případě nepodrobení se očkování)



Nevyplňuje se na žádosti o přijetí dítěte, pro které je předškolní vzdělávání povinné.

Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním

ANO x NE,^{*)}

nebo

má doklad, že je proti nákaze imunní

ANO x NE,^{*)}

nebo

má doklad, že se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci

ANO x NE,^{*)}

Doklad o provedení pravidelného očkování nebo doklad o tom, že je dítě proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci, vydá poskytovatel zdravotních služeb v oboru praktické lékařství pro děti a dorost na žádost zákonného zástupce dítěte, pěstouna nebo fyzické osoby, které bylo dítě soudem svěřeno do osobní péče.

Datum:

Razítko a podpis lékaře:

^{*)} *hodící se zakroužkujte*