

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

Registrační značka

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 **k 1. 9. 2026 školního roku 2026/2027** do mateřské školy, jejíž činnost vykonává Mateřská škola Studénka, Komenského 700, příspěvková organizace.

Dítě:

Jméno a příjmení: _____
Datum narození: _____
Místo trvalého pobytu: _____

Zákonný zástupce dítěte¹:

Jméno a příjmení: _____
Místo trvalého pobytu: _____
Doručovací adresa: _____
Telefon*, email *: _____
Datová schránka*: _____

Další zákonný zástupce dítěte:

Jméno a příjmení: _____
Místo trvalého pobytu: _____
Doručovací adresa: _____
Telefon*, email*: _____
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.

Žádáme o přijetí dítěte na pracoviště (číslem označte pořadí) ²:

Budovatelská	Butovická	Komenského	Nová Horka	Poštovní	R.Tomáška
Požadovaná délka docházky dítěte do MŠ:		celodenní docházka		ANO NE	
		jiná denní docházka		Od do /hod	
Datum požadovaného nástupu do MŠ:					

¹ Zákonní zástupci se dohodnou, kdo z nich dvou bude dítě zastupovat u zápisu, nelze pověřit jinou osobu

² Označte č.1,2,3,... v pořadí podle preference (č.1 nejvyšší preference)

Jiná sdělení zákonných zástupců dítěte (požadavky na prodloužení provozu MŠ s uvedením důvodu, hygienické a stravovací zvyky dítěte, jméno staršího sourozence na pracovišti aj):

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

V _____ dne _____ Jméno a podpis zákonného zástupce _____

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 KE ZDRAVOTNÍMU STAVU

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození: _____

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

Datum

Razítko a podpis lékaře