

Mateřská škola Stratov, okres Nymburk

Stratov 90

289 22 Lysá nad Labem

Mobil: 731 448 288

Tel.: 325 551 463

IČO 71007385

VYPLNÍ ŠKOLA:

Přijato dne:

Číslo jednací:

Spisová zn:

Počet listů: počet příloh:

Registrační číslo žádosti:

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 v mateřské škole, jejíž činnost vykonává Mateřská škola Stratov, okres Nymburk, Stratov 90, Lysá nad Labem 289 22.

Dítě:

Jméno a příjmení: _____

Datum narození, rodné číslo: _____

Zdravotní pojišťovna: _____

Místo trvalého pobytu: _____

1. Zákonný zástupce dítěte:

Jméno a příjmení: _____

Místo trvalého pobytu: _____

Adresa pro doručování písemností: _____

Telefon: _____ Datová schránka:* _____

E-mail: _____

2. Zákonný zástupce dítěte:

Jméno a příjmení: _____

Místo trvalého pobytu: _____

Telefon: _____ Datová schránka:* _____

E-mail : _____

** Nepovinný údaj, jehož vyplněním souhlasí zákonný zástupce s jeho zpracováním pouze pro účel zefektivnění komunikace mezi školou a zákonným zástupcem v době přijímacího řízení.*

Požadovaná délka docházky:

a) celodenní

b) polodenní

Dne _____

_____ jméno a podpis zákonného zástupce

Zpracování osobních údajů na žádosti je nezbytné pro splnění právní povinnosti (§37 odst. 2 zákona č. 500/2004 Sb. A §34 odst.5 a 6 zákona 561/2004 Sb.) a správce údajů je bude zpracovávat pouze v rozsahu nezbytném pro vedení správního řízení a uchovávat po dobu stanovenou spisovým a skartačním řádem dle dalších platných právních předpisů.

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 dětského lékaře

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

1. Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním (splnilo podmínku nezbytného očkovacího statusu pro přijetí k předškolnímu vzdělávání v rozsahu nejméně jedné dávky očkovací látky proti spalničkám, příušnicím, 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 trvalou kontraindikaci, popř. pro dočasnou kontraindikaci (z dlouhodobého hlediska brání zdravotní stav dítěte podání očkovací látky)

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

 datum

 razítko a podpis lékaře

Zpracování osobních údajů na žádosti je nezbytné pro splnění právní povinnosti (§37 odst. 2 zákona č. 500/2004 Sb. A §34 odst.5 a 6 zákona 561/2004 Sb.) a správce údajů je bude zpracovávat pouze v rozsahu nezbytném pro vedení správního řízení a uchovávat po dobu stanovenou spisovým a skartačním řádem dle dalších platných právních předpisů.