

Registrační číslo:

Č.j.:

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání od školního roku 2024/2025 do mateřské školy, jejíž činnost vykonává **Mateřská škola FIT Bohumín, Okružní 683**

DÍTĚ:

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Místo trvalého pobytu: _____

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

Jméno, příjmení: _____

Trvalý pobyt: _____

Adresa pro doručování písemností: _____

Kontaktní telefon*: _____ E-mail*: _____

Datová schránka*: _____

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

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

Požadovaná délka docházky: a) celodenní b) polodenní

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. **Nemusí být vyplněno na žádosti o přijetí dítěte, pro které je předškolní vzdělávání povinné.**

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním (popř. splnilo podmínku nezbytného očkovacího statusu pro přijetí k předškolnímu vzdělávání)

ANO NE

nebo je proti nákaze imunní

ANO NE

nebo se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci

ANO NE

Jiná sdělení lékaře:

Datum

Razítko a podpis lékaře