

Základní škola a mateřská škola Nýdek, příspěvková organizace

Nýdek 293

tel.: 558 555 133, 604 567 113; e-mail: zsnydek@email.cz

Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

Žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání do mateřské školy, jejíž činnost vykonává
Základní škola a mateřská škola Nýdek, příspěvková organizace

od: _____ na celodenní docházku: ANO – NE

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození dítěte: _____

Místo trvalého bydliště dítěte: _____

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

Jméno a příjmení: _____

Místo trvalého bydliště: _____

Adresa pro doručení písemnosti (je-li odlišná od adresy trvalého bydliště):

Dítě JE – NENÍ se speciálními vzdělávacími potřebami.

Údaje a doklady stanovené pro přijetí dítěte do mateřské školy:

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

Nýdek, dne: _____ Podpis zákonného zástupce: _____

Potvrzení lékaře pro děti a dorost ohledně plnění podmínky očkování

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

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

Dítě má doklad, že je proti nákaze imunní.

ANO – NE

nebo

Dítě má doklad, že se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci, popř. z dlouhodobého hlediska brání zdravotní stav dítěte podání očkovací látky (dočasná kontraindikace).

ANO – NE

Datum: _____

Razítko a podpis lékaře: _____