



Žádost o přijetí k předškolnímu vzdělávání

Žádám o přijetí k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole, jejíž činnost vykonává Mateřská škola Rychnověk-Zvole, okres Náchod od školního roku 2025/2026.

Účastník řízení /dítě/:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Trvalý pobyt /u cizince pobyt/:

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

Jméno a příjmení:

Trvalý pobyt /u cizince pobyt/:

Číslo datové schránky fyzické osoby:

Telefon (nepovinný údaj):

E-mail (nepovinný údaj):

Adresa pro doručování písemností, liší-li se od místa trvalého pobytu/pobytu:

.....

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.

*) hodící se zakroužkujte

Prohlašuji, že veškeré údaje, které jsem v žádosti uvedl/a, jsou přesné, pravdivé a úplné. Jsem si vědom/a toho, že pokud by mnou uvedené informace byly obráceny v opak, budu čelit všem z toho vyplývajícím právním následkům v souladu s § 21 odst. 1 písm. b) a c) zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích.

Zpracování osobních údajů na žádosti je nezbytné pro splnění právní povinnosti (§ 37 odst.2 zákona č. 500/2004 Sb. a § 36 odst. 4 a 5 zákona č. 561/2004 Sb.) a správce údajů je bude zpracovávat pouze v rozsahu nezbytném pro vedení správního řízení a uchovávat po dobu dle spisového a skartačního řádu.

Vdne.....

.....
podpis zákonného zástupce dítěte



Příloha:

(pozn.: nedokládá se u dítěte, které dosáhlo pátého roku před 1. září příslušného školního roku, kdy se začne vzdělávat):

Potvrzení dětského lékaře, že se dítě podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci (§ 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.)

Vyjádření lékaře:

1. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy. ANO ☒ NE*)

2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti: ANO ☒ NE*)

a) zdravotní

b) tělesné

c) smyslové

d) jiné

Jiná závažná sdělení o dítěti:

.....
.....

Alergie: ANO ☒ NE*)

Jaké:.....
.....

3. Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním

ANO ☒ NE*)

nebo

má doklad, že je proti nákaze imunní

ANO ☒ NE*)

nebo

má doklad, že se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci

ANO ☒ NE*)

*) hodící se zakroužkujte

V.....dne.....

.....

razítko a podpis lékaře