



Základní škola a Mateřská škola Jehnědí,
okres Ústí nad Orlicí
Jehnědí 82, 562 01 Ústí nad Orlicí, IČO 75016133
tel. 465 547 259, e-mail: zsjehnedi@wo.cz, http://www.jehnedi.cz

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ OD ŠKOLNÍHO ROKU 2023/2024

Přijato dnepod č. j.

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE DO MATEŘSKÉ ŠKOLY JEHNĚDÍ

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 do mateřské školy, jejíž činnost vykonává ZŠ a MŠ Jehnědí od 1. 9. 2023 k celodenní docházce a ke školnímu stravování.

Jméno a příjmení dítěte:.....

Datum narození:..... rodné číslo:.....

Bydliště:.....

Počet dětí v rodině:.....

Dítě pojištěno u zdravotní pojišťovny:.....

Otec:

Jméno a příjmení:.....

Adresa trvalého bydliště:.....

E-mail, telefon:.....

Matka:

Jméno a příjmení:.....

Adresa trvalého bydliště:.....

E-mail, telefon:.....

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

V _____ dne _____

.....
jméno a podpis zákonného zástupce

Rozhodnutí odesláno dne:č. j.:.....

Správní řízení ukončeno dne:.....

Podpis a razítko:

Ivana Myšáková, ředitelka ZŠ a MŠ Jehnědí

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:

1. 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 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?

ANO NE

6. Alergie

ANO NE

7. Doporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

ANO NE

Jiná sdělení lékaře:

Datum

Razítko a podpis lékaře