

Mateřská škola Ostrá, okres Nymburk

Ostrá 109

289 22 Lysá nad Labem

Tel.: 727 870 513

IČO 71194762

VYPLNÍ ŠKOLA:

Přijato dne:

Číslo jednací:

Spisová zn:

Počet listů: počet příloh:

Registrační číslo žádosti:

Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

Žádáme o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole, jejíž činnost vykonává Mateřská škola Ostrá, okres Nymburk, Ostrá 109, Lysá nad Labem 289 22

Dítě:

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Místo trvalého pobytu: _____

Zákonní zástupci dítěte se dohodli a svými podpisy potvrzují, že záležitosti spojené s přijetím k předškolnímu vzdělávání bude vyřizovat zákonný zástupce:

Jméno a příjmení: _____ Telefon: _____

Místo trvalého pobytu: _____

Adresa pro doručování písemností (pokud není shodná s místem trvalého pobytu):

_____ E-mail: _____

Matka dítěte (jméno a příjmení) _____ podpis _____

Otec dítěte (jméno a příjmení) _____ podpis _____

Školní rok, od kterého má být dítě přijato k předškolnímu vzdělávání v MŠ **JE** / **NENÍ**¹ posledním školním rokem dítěte před zahájením povinné školní docházky.

Požadovaná délka docházky: **CELODENNÍ** / **POLODENNÍ**

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.

Beru na vědomí, že mateřská škola, jejíž činnost vykonává výše uvedená organizace, v rámci přijímacího řízení zpracovávala a evidovala osobní údaje a osobní citlivé údaje mého dítěte ve smyslu všech ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů v platném znění.

V Ostré dne: _____

_____ podpis zákonného zástupce dítěte

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 je zdravé.
2. Dítě je řádně očkováno **ANO** / **NE**¹
 - důležité sdělení o očkování
3. Dítě **JE** / **NENÍ**¹ zdravotně postižené, vyžaduje speciální péči v oblasti:
 - zdravotní
 - tělesné
 - smyslové
 - jiné
4. Jiná závažná sdělení (léky, alergie, apod.):

5. Přijetí do MŠ **DOPORUČUJI** / **NEDOPORUČUJI**

datum

razítko a podpis lékaře

Beru na vědomí vyjádření dětského lékaře.

datum

podpis zákonného zástupce dítěte