# Mateřská škola Velké Hoštice, okres Opava, příspěvková organizace

Pekliska 56, 747 31 Velké Hoštice, IČ: 70961549

ID datové schránky: qu8k3re, tel. +420 553 764 070, e‑mail: ms.hostice@tiscali.cz

ŽÁDOST O PŘIJETÍ K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

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 **od školního roku 2024/2025** do mateřské školy, jejíž činnost vykonává Mateřská škola Velké Hoštice, okres Opava, příspěvková organizace.

# DÍTĚ:

Jméno a příjmení:

Datum narození: Místo trvalého pobytu:

# ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE:

Jméno a příjmení:

Místo trvalého pobytu:

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 v době přijímacího řízení.

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.

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU**

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

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)

*nebo*

ANO

NE

je proti nákaze imunní

ANO

NE

*nebo*

nemůže se očkování podrobit pro kontraindikaci

ANO

NE

Datum

Razítko a podpis lékaře