



Mateřská škola Fryčovice 451, příspěvková organizace

č.p. 451, 739 45 Fryčovice, IČ: 75029103

ID datové schránky: rx6kq6r, tel. +420 736 778 441, e-mail: msfrycovice@msfrycovice.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 2026/2027** do mateřské školy, jejíž činnost vykonává Mateřská škola Fryčovice 451, příspěvková organizace.

Pracoviště

☐ MŠ Fryčovice 451

☐ MŠ Fryčovice 38

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

Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

Zpracování osobních údajů na žádosti je nezbytné pro splnění právní povinnosti (§ 37 odst. 2 zákona č. 500/2004 Sb. a § 34 odst. 5 a 6 zákona č. 561/2004 Sb.) a správce údajů je bude zpracovávat pouze v rozsahu nezbytném pro vedení správního řízení a uchovávat po dobu stanovenou spisovým a skartačním řádem a dle dalších platných právních předpisů.

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

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 HEXAVAKCÍNA ve schématu 2+1 dávka a nejméně jedné dávky PRIORIXU - očkovací látky proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám) ANO NE

nebo

je proti nákaze imunní a má o tom doklad ANO NE

nebo

nemůže se očkování podrobit pro kontraindikaci ANO NE

2. Speciální péče v oblasti zdravotní, tělesné, smyslové, jiné: ANO NE

3. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji - jaké ? ANO NE

4. Alergie, popřípadě chronická onemocnění ANO NE

5. V případě požití alergenu je nutné bezprostřední podání léku ANO NE

6. Potravinová intolerance ANO NE

7. Pravidelné užívání léků ANO NE

.....
Datum

.....
Razítko a podpis lékaře

Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

Zpracování osobních údajů na žádosti je nezbytné pro splnění právní povinnosti (§ 37 odst. 2 zákona č. 500/2004 Sb. a § 34 odst. 5 a 6 zákona č. 561/2004 Sb.) a správce údajů je bude zpracovávat pouze v rozsahu nezbytném pro vedení správního řízení a uchovávat po dobu stanovenou spisovým a skartačním řádem a dle dalších platných právních předpisů.