



Mateřská škola Dráček Lysá nad Labem - Litol, Mírová 430

Mírová 430/85, Litol, 289 22 Lysá nad Labem, IČ: 70991235

ID datové schránky: 3uakq wz, tel. +420 731 577 208, e-mail: msdracek@centrum.cz

Číslo jednací: _____

Počet listů: _____

Spisová značka: _____

Počet příloh: _____

Reg. číslo žádosti: _____

Datum přijetí žádosti: _____

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 2022/2023** do mateřské školy, jejíž činnost vykonává Mateřská škola Dráček Lysá nad Labem - Litol, Mírová 430.

DÍTĚ:

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Místo trvalého pobytu: _____

1. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE:

Jméno a příjmení: _____

Místo trvalého pobytu: _____

Adresa pro doručování písemností: _____

Kontaktní telefon*: _____

E-mail*: _____

Datová schránka*: _____

2. 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.

MÁ VAŠE DÍTĚ SPECIÁLNÍ VZDĚLÁVACÍ POTŘEBY ?

Ano

Ne

Prohlašuji, že veškeré údaje, které jsem v žádosti uvedl/a, jsou přesné, pravdivé a úplné. Seznámil(a) jsem se s platnými kritérii pro přijímání dětí k předškolnímu vzdělávání MŠ Dráček Lysá nad Labem od školního roku 2022/2023.

V _____ dne _____

Podpis zákonného zástupce

Podpis 2. 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)

ANO NE

nebo

je proti nákaze imunní

ANO NE

nebo

nemůže se očkování podrobit pro kontraindikaci

ANO NE

.....
Datum

.....
Razítko a podpis lékaře