



ŽÁDOST

O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ DO MATEŘSKÉ ŠKOLY,
jejíž činnost vykonává **MATEŘSKÁ ŠKOLA MORAVSKÉ BUDĚJOVICE, příspěvková
organizace, Fišerova 1340, 67602 Mor. Budějovice...** (dále též „MŠ“)

ŽÁDÁM O UMÍSTĚNÍ DÍTĚTE DO: MŠ Fišerova 1340 MŠ Šafaříkova 1306
 MŠ Husova 485

TERMÍN NÁSTUPU DO MATEŘSKÉ ŠKOLY: _____

TYP DOCHÁZKY DÍTĚTE DO MŠ: _____

(Uveďte podle potřeby jednu z těchto možností docházky: celodenní, polodenní, omezená. Jde o Váš návrh dohody o docházce dítěte podle § 1a odst. 5 vyhlášky č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání, v platném znění, a čl. III školního řádu)

Údaje o dítěti:

Jméno a příjmení _____ rodné číslo _____

Datum narození _____ státní občanství _____

Místo trvalého pobytu _____ číslo telefonu rodiče _____

Místo narození _____

Údaje o rodičích (zákonných zástupcích):

Otec: Jméno a příjmení _____ datum narození _____

Zaměstnání (adresa, telefon) _____

RD, nezaměstnaný 1) (předpokl. nástup do zaměstnání) _____

Místo trvalého pobytu _____

Matka: Jméno a příjmení _____ datum narození _____

Zaměstnání (adresa, telefon) _____

MD, RD, nezaměstnaná 1) (předpokl. nástup do zaměstnání) _____

Místo trvalého pobytu _____

1) nehodící se škrtněte

Sourozenci: Jméno a rok narození _____

Navštěvuje školu (MŠ) _____

Zdravotní pojišťovna dítěte: _____

Vyjádření rodičů o zdravotním stavu dítěte:

PROHLÁŠENÍ:

1. Bereme na vědomí, že pokud v této žádosti uvedeme nepravdivé údaje, může správní orgán své rozhodnutí zrušit a rozhodnout ve věci znovu a že může být v tomto případě také zahájeno přestupkové řízení. Zavazujeme se, že neprodleně oznámíme učitelce MŠ výskyt přenosné choroby v rodině nebo nejbližším okolí dítěte, onemocnění dítěte přenosnou chorobou nebo onemocnění osoby, s níž dítě přišlo do styku.
2. Souhlasíme, že mateřská škola může v rámci prezentace školy v médiích a na webových stránkách školy využít fotografické záběry vzniklé během pobytu našeho dítěte v MŠ.

ANO – NE

(žádoucí zaškrtněte)

3. Rodiče se dohodli, že zastupovat dítě ve věci přijetí do MŠ bude tento zákonný zástupce _____ Veškeré písemnosti budou předávány nebo zasílány zákonnému zástupci:

Jméno a příjmení:

Adresa pro zasílání písemností:

4. Bereme na vědomí, že v souladu s § 36 odst. 3 zákona č. 500/2004 Sb., správního řádu, máme jako zákonní zástupci svého dítěte možnost se ještě před vydáním rozhodnutí ve věci přijímacího řízení k předškolnímu vzdělávání v MŠ vyjádřit k podkladům rozhodnutí. Bereme na vědomí, že seznámit se s podklady pro rozhodnutí a vyjádřit se k nim je možné v budově školy po celou dobu řízení po telefonické domluvě s ředitelkou (tel. 568421401).
5. Bereme na vědomí, že MŠ zpracovává osobní údaje dětí jako svou právní povinnost (§ 28 zákona č. 561/2004 Sb.). Souhlasíme se zpracováním osobních a citlivých údajů dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů.

6. Připojujeme vyjádření lékaře o zdravotním stavu dítěte:

<p>VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE</p> <p>1. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy.</p> <p>2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti: (odpovídající zaškrtněte)</p> <p><input type="checkbox"/> zdravotní <input type="checkbox"/> tělesné <input type="checkbox"/> smyslové <input type="checkbox"/> jiné: _____</p> <p>Jiná závažná sdělení o dítěti:</p> <p>Alergie: _____</p>
--

7. Připojujeme potvrzení pediatra o řádném očkování dítěte.

<p>POTVRZENÍ PEDIATRA O ŘÁDNÉM OČKOVÁNÍ DÍTĚTE podle § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví</p> <p>Dítě <input type="checkbox"/> JE řádně očkované <input type="checkbox"/> dítě není řádně očkováno, ale je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci <input type="checkbox"/> NENÍ řádně očkováno z jiných důvodů a tudíž nesplňuje § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.</p> <p>Souhlasím s možností účasti dítěte na akcích školy – plavání, škola v přírodě, školní výlety, ...<i>další aktivity jiné než tyto uvedené</i>...</p> <p>V _____ dne _____</p> <p>Razítko a podpis lékaře</p>

8. Připojujeme doporučení školského poradenského zařízení nebo odborného lékaře.

DOPORUČENÍ ŠKOLSKÉHO PORADENSKÉHO ZAŘÍZENÍ

NEBO ODBORNÉHO LÉKAŘE

(vyplnit pouze v případě zdravotního postižení dítěte)

Doporučuji dítě se speciálními vzdělávacími potřebami k integraci do MŠ Moravské Budějovice

V _____ dne _____

Razítko a podpis pracovníka ŠPZ nebo lékaře

9. Se všemi podmínkami přijetí do mateřské školy jsem byl seznámen a souhlasím.

Podpis zákonného zástupce/zákonných zástupců dítěte:

V dne