

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

do Mateřské školy MORAVSKÉ BUDĚJOVICE,
příspěvková organizace, Fišerová 1340, 670 02 Moravské Budějovice



Účastník řízení:

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

Místo trvalého pobytu

**Bydliště (pokud je odlišné od místa
trvalého pobytu)**

Zastoupený zákonným zástupcem:

Místo trvalého pobytu:

jméno a příjmení

Adresa pro doručování:

(Vyplňte v případě, že je odlišná od místa trvalého pobytu)

Kontaktní telefon¹,

e-mail¹,

datová schránka:

Preferované pracoviště mateřské školy:

Fišerova 1340

Šafaříkova 1306

Husova 485

Termín nástupu dítěte do mateřské školy: 1.9.2025

Sourozenci, kteří navštěvují Mateřskou školu Moravské Budějovice:

Jméno, příjmení, rok narození:

Jméno, příjmení, rok narození:

V případě uvedení nepravdivých údajů může správní orgán původní rozhodnutí zrušit a rozhodnout ve věci znovu. V souladu s § 36 odst. 3 zákona č. 500/2004 Sb. správního řádu, je možné se seznámit a vyjádřit k podkladům rozhodnutí po celou dobu řízení, a to v budově školy, po telefonické domluvě s ředitelkou školy (tel. 568421401). Zákonný zástupce prohlašuje, že je ve shodě s druhým zákonným zástupcem ve věci přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání.

Se všemi podmínkami přijetí do mateřské školy jsem byl seznámen.

V _____

Dne _____ podpis zák. zástupce

¹ Nepovinný údaj

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE

1. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy.

2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:

(odpovídající zaškrtněte)

zdravotní

tělesné

smyslové

jiné: _____

Jiná závažná sdělení o dítěti:

Alergie: _____

POTVRZENÍ PEDIATRA O ŘÁDNÉM OČKOVÁNÍ DÍTĚTE

podle § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví

Dítě JE řádně očkované

dítě není řádně očkováno, ale je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci

NENÍ řádně očkováno z jiných důvodů a tudíž nesplňuje § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.

Souhlasím s možností účasti dítěte na akcích školy – plavání, škola v přírodě, školní výlety, bruslení

V _____ dne _____

Razítko a podpis 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