

## ŽÁDOST

O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ DO MATEŘSKÉ ŠKOLY,  
jejíž činnost vykonává *Základní škola a Mateřská škola Radňovice, příspěvková organizace,*  
*Radňovice 54, 592 31 Nové Město na Moravě* (dále též „MŠ“)

---

ŽÁDÁM O UMÍSTĚNÍ DÍTĚTE DO:  MŠ

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.)

### Údaje o dítěti:

Jméno a příjmení \_\_\_\_\_

Datum narození \_\_\_\_\_

Místo trvalého pobytu \_\_\_\_\_ číslo telefonu rodiče \_\_\_\_\_

### Údaje o rodičích (zákonných zástupcích):

Otec: Jméno a příjmení \_\_\_\_\_

Místo trvalého pobytu \_\_\_\_\_

Matka: Jméno a příjmení \_\_\_\_\_

Místo trvalého pobytu \_\_\_\_\_

Sourozenci: Jméno a rok narození \_\_\_\_\_

Navštěvuje školu (školku) \_\_\_\_\_

### Vyjádření rodičů o zdravotním stavu dítěte:

Zdravotní pojišťovna 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.

2. Veškeré písemnosti budou předávány nebo zasílány zákonnému zástupci:

Jméno a příjmení:

Adresa pro zasílání písemností:

3. 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 školy (tel. 566 615 789).
4. Připojujeme vyjádření lékaře o zdravotním stavu dítěte:

#### VYJÁDRĚNÍ 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: \_\_\_\_\_

5. Připojujeme potvrzení pediatra o řádném očkování dítěte.

#### POTVRZENÍ PEDIATRA O ŘÁDNÉM OČKOVÁNÍ DÍTĚTE

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

Dítě  JE řádně očkováno

NENÍ řádně očkováno, ale je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci

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

Souhlasím s možností účasti dítěte na akcích školy –plavání, škola v přírodě, školní výlety, a další aktivity jiné než tyto uvedené.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

Razítko a podpis lékaře

6. 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 ZŠ a MŠ Radňovice.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

Razítko a podpis pracovníka ŠPZ nebo lékaře

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

Podpis zákonného zástupce/zákonných zástupců dítěte: V ..... dne