Bělohradská mateřská škola
Horní Nová Ves 112, 507 81 Lázně Bělohrad
IČ: 710 11 544

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** do Bělohradské mateřské školy **od 1.9.2024.**

Dítě:

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Místo trvalého pobytu: _____

_____

Zákonný zástupce dítěte:

Jméno a příjmení: _____

Místo trvalého pobytu: _____

_____

Adresa
pro doručování písemností: _____

Telefon*: _____ Email*: _____

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.

Dítě je diagnostikováno školským poradenským zařízením PPP, SPC:

ANO **NE**

Prohlašuji, že veškeré údaje, které jsem v žádosti uvedl/a, jsou přesné, pravdivé a úplné.

V _____ dne _____

_____

jméno a podpis zákonného zástupce

Bělohradská mateřská škola
Horní Nová Ves 112, 507 81 Lázně Bělohrad
IČ: 710 11 544

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU

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.

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození: _____

1. Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním

ANO NE

nebo

je proti nákaze imunní ANO NE

nebo

nemůže se očkování podrobit pro kontraindikaci ANO NE

2. Jde o integraci postiženého dítěte do MŠ s postižením v oblasti: ANO NE

zdravotní x tělesné x smyslové x jiné:

Jiná závažná sdělení lékaře: (léky, alergie, chronická onemocnění, apod.)

_____

_____

_____

_____ _____

datum razítko a podpis lékaře

ID dat. schránky: u7wkgua
Tel: 604 369 328
Email: reditelka@belohradskams.cz