

Žádost o přijetí do MŠ na školní rok 2026/2027

Číslo jednací:	Registrační číslo přidělené žadateli dle § 183, zákona č. 561/2004 Sb., školský zákon, v platném znění.:

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 2026/2027 do mateřské školy, jejíž činnost vykonává Mateřská škola Šumice, okres Uherské Hradiště, 687 31 Šumice 470, IČO: 71002031.

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.

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

V _____ dne _____

Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání Zpracování osobních údajů na žádosti je nezbytné pro splnění právní povinnosti (§ 37 odst. 2 zákona č. 500/2004 Sb. a § 34 odst. 5 a 6 zákona č. 561/2004 Sb.) a správce údajů je bude zpracovávat pouze v rozsahu nezbytném pro vedení správního řízení a uchovávat po dobu stanovenou spisovým a skartačním řádem a dle dalších platných právních předpisů.

Potvrzení od praktického lékaře

VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE - PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození: _____

1. Dítě je řádně očkováno ANO NE
nebo

Je proti nákaze imunní ANO NE
nebo

Nemůže se očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci, popř. pro dočasnou kontraindikaci
(z dlouhodobého hlediska brání zdravotní stav dítěte podání očkovací látky) ANO NE

2. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji ANO NE

3. Dítě trpí chronickým onemocněním ANO NE

4. Dítě bere pravidelně léky - jaké? ANO NE

5. Jedná se o integraci dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami ANO NE

6. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti ANO NE

7. Alergie ANO NE

8. Doporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání ANO NE

Jiná sdělení lékaře

.....
Datum

.....
Razítko a podpis lékaře

V _____ dne _____