

Mateřská škola Měnín, okres Brno-venkov

se sídlem Měnín 376, 664 57 Měnín

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE 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 mateřské školy, jejíž činnost vykonává Mateřská škola Měnín, okres Brno-venkov k datu:

Dítě:

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Adresa trvalého bydliště: _____

Doručovací adresa: _____

Zákonní zástupci dítěte se dohodli a svými podpisy potvrzují, že záležitosti spojené s přijetím k předškolnímu vzdělávání bude vyřizovat zákonný zástupce: _____

Jméno a příjmení: _____

Adresa trvalého bydliště: _____

Doručovací adresa: _____

Kontaktní telefon a email: _____

Jméno a příjmení: _____

Adresa trvalého bydliště: _____

Doručovací adresa: _____

Kontaktní telefon a email: _____

1. zák. zást. (jméno a příjmení) _____ podpis

2. zák. zást. (jméno a příjmení) _____ podpis

Požadovaná délka docházky: a) celodenní b) polodenní

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

V _____ dne _____

Jméno a podpis zákonného zástupce

Jméno a podpis zákonného zástupce

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.

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU

1. Podrobilo se dítě povinnému očkování dle ustanovení § 50 zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví ve znění pozdějších předpisů ANO NE
2. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji - jaké ? ANO NE
3. Trpí dítě chronickým onemocněním - jakým ? ANO NE
4. Bere dítě pravidelně léky - jaké ? ANO NE
5. Jde o integraci postiženého dítěte do MŠ - s jakým postižením ? ANO NE
6. Doporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání ANO NE

Jiná sdělení lékaře:

.....
Datum

Razítko a podpis lékaře