

Žádost

zákonných zástupců o přijetí k předškolnímu vzdělávání od školního roku 2023/2024

**Žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání do mateřské školy, jejíž činnost vykonává
Základní škola a Montessori mateřská škola Podbřezí, od školního roku 2023/2024.**

Účastník řízení (dítě):

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Místo trvalého pobytu: _____

Kontaktní adresa (adresa pro doručování písemností, pokud není shodná s místem trvalého pobytu):

Dítěti **JE x NENÍ*** diagnostikováno školským poradenským zařízením mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, závažné vady řeči, závažné vývojové poruchy chování, souběžné postižení více vadami nebo autismus.

Zákonný zástupce/zákonní zástupci:

Jméno a příjmení, titul: _____

Místo trvalého pobytu: _____

Kontaktní adresa (adresa pro doručování písemností, pokud není shodná s místem trvalého pobytu):

Telefon** : _____

E-mail** : _____

* hodící se zakroužkujte

** nepovinný údaj pouze pro účely vedení správního řízení

V _____ dne: _____

Podpis zákonného zástupce/zákonných zástupců:

Soulad zákonných zástupců

Zákonní zástupci dítěte _____ a _____ si zvolili společného zmocněnce pro jednání ve správním řízení a pro doručování písemností v souladu s § 20 a § 35 zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, v platném znění a vyřizování záležitostí ohledně přijetí (odkladu) do Základní školy a Montessori mateřské školy Podbřezí, kterým je

zákonný zástupce (jméno a příjmení): _____

Podpisy zákonných zástupců:

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.

Nevyplňuje se na žádosti o přijetí dítěte, pro které je předškolní vzdělávání povinné.

Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu:

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození: _____

1. Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním (popř. splnilo podmínku nezbytného očkovacího statusu pro přijetí k předškolnímu vzdělávání v rozsahu nejméně jedné dávky očkovací látky proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám a dále v případě očkování hexavakcínou bylo dítě očkované ve schématu minimálně 2+1 dávka)

ANO x NE*

nebo

2. má doklad, že je proti nákaze imunní

ANO x NE*

nebo

3. má doklad, že se nemůže se očkování podrobit pro kontraindikaci, popř. pro dočasnou kontraindikaci (z dlouhodobého hlediska brání zdravotní stav dítěte podání očkovací látky)

ANO x NE*

* hodící se zakroužkujte

Doklad o provedení pravidelného očkování nebo doklad o tom, že je dítě proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci, vydá poskytovatel zdravotních služeb v oboru praktické lékařství pro děti a dorost na žádost zákonného zástupce dítěte, pěstouna nebo fyzické osoby, které bylo dítě soudem svěřeno do osobní péče

Datum: _____

Razítko a podpis lékaře: _____

Doklady, které je zákonný zástupce povinen předložit při zápisu:

- rodný list dítěte
- průkaz totožnosti zákonného zástupce, popř. doklad o zmocnění zastupovat dítě v přijímacím řízení v případě jiných osob, které jsou oprávněny účastníka řízení zastupovat
- doporučení školského poradenského zařízení (v případě dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami)
- doklad, že je dítě proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci (v případě nepodrobení se očkování)