

Vyplní škola

Číslo jednací: \_\_\_\_\_

Počet listů: \_\_\_\_\_

Spisová značka: \_\_\_\_\_

Počet příloh: \_\_\_\_\_

Reg. číslo žádosti: \_\_\_\_\_

Datum přijetí žádosti: \_\_\_\_\_

## ŽÁDOST O PŘIJETÍ K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

Žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání od školního roku 2025/2026 v mateřské škole, jejíž činnost vykonává Mateřská škola Čtyřlístek, Hradec Králové, Švendova 1127.

### Pracoviště

MŠ Švendova

MŠ Kotěrova

### DÍTĚ:

Jméno a příjmení:

\_\_\_\_\_

Datum narození:

\_\_\_\_\_

Místo trvalého pobytu:

\_\_\_\_\_

### 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.

**DÍTĚTI JE DIAGNOSTIKOVÁNO ŠKOLSKÝM PORADENSKÝM ZAŘÍZENÍM MENTÁLNÍ, TĚLESNÉ, ZRAKOVÉ NEBO SLUCHOVÉ POSTIŽENÍ, ZÁVAŽNÉ VADY ŘEČI, ZÁVAŽNÉ VÝVOJOVÉ PORUCHY CHOVÁNÍ, SOUBĚŽNÉ POSTIŽENÍ VÍCE VADAMI NEBO AUTISMUS:**

Ano

Ne

**DÍTĚ JE SOUROZENCEM DÍTĚTE, KTERÉ SE V SOUČASNÉ DOBĚ V MATEŘSKÉ ŠKOLE VZDĚLÁVÁ A V NÁSLEDUJÍCÍM ŠKOLNÍM ROCE BUDE VE VZDĚLÁVÁNÍ POKRAČOVAT:**

Ano

Ne

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

\_\_\_\_\_  
Podpis zákonného zástupce

*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.*

### VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU

Jméno a příjmení dítěte: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

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 očkováno ve schématu minimálně 2+1 dávka)

ANO NE

*nebo*

je proti nákaze imunní

ANO NE

*nebo*

ANO NE

nemůže se očkování podrobit pro kontraindikaci

.....  
Datum

.....  
Razítko a podpis lékaře

#### Doklady, které je zákonný zástupce povinen předložit při zápisu:

- průkaz totožnosti zákonného zástupce, popř. doklad o zmocnění zastupovat dítě v přijímacím řízení v případě osob, které osobněpečují o dítě v pěstounské péči
  - rodný list dítěte
  - písemné vyjádření školského poradenského zařízení, popř. také registrujícího lékaře v případě přijetí dítěte se zdravotním postižením
- doklad, že je dítě proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci (v případě nepodrobení se očkování)