Mateřská škola Čtyřlístek, Hradec Králové, Švendova 1127
Švendova 1127/4, 500 03 Hradec Králové, IČ: 71000763
ID datové schránky: js355bj, tel. +420 495 512 153, e-mail: mssvendovahk@seznam.cz

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 2026/2027** 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

POKUD SE DÍTĚ V SOUČASNÉ DOBĚ JIŽ VZDĚLÁVÁ V MATEŘSKÉ ŠKOLE, UVEĎTE NÁZEV MŠ:

_____

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.

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

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		
nemůže se očkování podrobit pro kontraindikaci	ANO	NE

....

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 osobně pečují 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)

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.