



Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

Žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání do mateřské školy, jejíž činnost vykonává Základní škola a Mateřská škola Dolní Domaslavice, okres Frýdek-Místek, p. o. od školního roku 2025/2026.

Dítě:

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Místo trvalého pobytu: _____

Zákonný zástupce dítěte, popř. osoba, která je oprávněná účastníka řízení (dítě) v přijímacím řízení zastupovat:

Jméno a příjmení: _____

Místo trvalého pobytu: _____

Adresa pro doručování písemností (pokud není shodná s místem trvalého pobytu):

Mailová adresa: _____

Datová schránka: _____

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*).

_____ podpis zákonného zástupce

V _____ dne: _____

*) hodící se zakroužkujte

Údaje a doklady stanovené pro přijetí dítěte do mateřské školy:

- rodný list dítěte
- zastupuje-li dítě jiná osoba než jeho zákonný zástupce, doložte doklad o zmocnění zastupovat dítě v přijímacím řízení (obvykle v případě osob, které osobně pečují o dítě v pěstounské péči)
- doporučení školského poradenského zařízení (v případě dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami)

- doklad, že je dítě proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou (dočasnou) kontraindikaci (v případě nepodrobení se očkování)

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

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 x NE,*⁾

nebo

má doklad, že je proti nákaze imunní

ANO x NE,*⁾

nebo

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

ANO x NE,*⁾

Datum:

Razítko a podpis lékaře:

--

*⁾ hodící se zakroužkujte