

Základní škola a Mateřská škola Záhornice, okres Nymburk
Hlavní 77, Záhornice
IČO: 75031647

skola@zahornice.cz, mszahornice@seznam.cz

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

Na základě § 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 ve školním roce 2026/2027

v mateřské škole, jejíž činnost vykonává:

ZŠ a MŠ Záhornice, okres Nymburk, Záhornice, Hlavní 77, 289 03

Dítě (účastník řízení):

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Místo trvalého pobytu (v případě cizince místo pobytu):

Zákonný zástupce dítěte:

Jméno a příjmení: _____

Místo trvalého pobytu (v případě cizince místo pobytu):

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

Kontaktní telefon: _____

E-mail: _____

V _____, dne: _____

Podpis zákonného zástupce

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU DÍTĚTE

Jméno dítěte: _____

Datum narození: _____

Trvalé bydliště: _____

Podmínkou přijetí dítěte do mateřské školy je podle §50 zákona č. 258/2000Sb., o ochraně veřejného zdraví, splnění povinností podrobit se stanoveným pravidelným očkováním, nebo mít doklad, že je dítě proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci. Tato povinnost se netýká dítěte, které plní povinné předškolní vzdělání.

1. Potvrzení pediatra o řádném očkování dítěte pro účely přijetí do mateřské školy (podle § 50 zákona č. 258/2000Sb., o ochraně veřejného zdraví, v plném znění):

Dítě je řádně očkováno:	ANO	NE
-------------------------	-----	----

Dítě není řádně očkováno, ale proti nákaze je imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci:	ANO	NE
---	-----	----

Dítě není řádně očkováno z jiných důvodů, tudíž nesplňuje § 50 zákona č. 258/ 2000Sb., o ochraně veřejného zdraví, v plném znění	ANO	NE
--	-----	----

*Nehodící se, škrtněte

2. Jiná závažná sdělení o zdravotním stavu dítěte:

.....

.....

.....

V _____, dne: _____

Razítko a podpis lékaře