

Přijato dne . . . . . , registrační č. . . . . , převzala . . . . .

## ŽÁDOST O PŘIJETÍ K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

1. **Žadatel:** Zákonný zástupce dítěte nebo fyzická osoba pečující o dítě v pěstounské péči, která bude účastníka řízení (dítě) v přijímacím řízení zastupovat

Jméno a příjmení: .....  
Místo trvalého pobytu: .....  
Kontaktní telefon, (E - mail): .....  
Adresa pro doručování písemností, pokud není shodná s trvalým bydlištěm:  
.....

Datová schránka: ANO – č. ....  
NE

2. **Škola:** Základní škola a Mateřská škola Šebrov, okres Blansko,  
příspěvková organizace

Jméno a příjmení  
ředitele školy: Mgr. Jana Klozová

### Žádám o přijetí mého dítěte:

Jméno a příjmení: .....  
Datum narození: .....  
Trvalý pobyt: .....

**k předškolnímu vzdělávání** v mateřské škole, jejíž činnost vykonává Základní škola a Mateřská škola Šebrov, okres Blansko, příspěvková organizace, od 1.9.2018.

Požadovaná délka docházky dítěte do MŠ: celodenní  
polodenní (odchod po obědě )  
4 hodiny denně

Jiný požadavek rodičů, popřípadě jiných zákonných zástupců dítěte na pobyt dítěte v MŠ:

---

Dávám svůj souhlas mateřské škole k tomu, aby v rámci přijímacího řízení zpracovávala a evidovala osobní údaje a osobní citlivé údaje mého dítěte ve smyslu všech ustanovení zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů v platném znění. Svůj souhlas poskytuji pro účely vedení povinné dokumentace školy podle zákona č. 561/2004 Sb. školského zákona v platném znění, pro vedení nezbytné zdravotní dokumentace a psychologických vyšetření.

Byl jsem poučen o právech podle zákona č. 101/2000 Sb.

Byl jsem poučen o svých právech ve správním řízení, ve smyslu příslušných ustanovení zákona č. 500/2004 Sb., o správním řízení (správní řád) v platném znění, zejména o možnosti nahlížet do spisu.

Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ podpis zákonného zástupce

**Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte /vyplní ošetřující lékař/**

Jméno dítěte: .....

Datum narození .....

Odchylky od psychomotorického vývoje? ANO NE

---

Trpí dítě chronickým onemocněním? (alergie apod.) ANO NE

---

Je potřeba speciálního režimu? ANO NE

---

Bere dítě pravidelně léky? ANO NE

---

Může se dítě účastnit speciálních akcí? (výlety/plavání/apod.) ANO NE

---

Je dítě pravidelně očkováno? ANO NE

---

Doporučuje lékař přijetí dítěte do MŠ? ANO NE

Další vyjádření lékaře \_\_\_\_\_

---

Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Razítko a podpis lékaře