

Základní škola a Mateřská škola Milešovice, okres Vyškov, příspěvková organizace
Milešovice 112, 683 54 Otnice

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

Zákonní zástupci dítěte :

Jméno, příjmení otce

Trvalé bydliště

Zaměstnání /nepovinný údaj/.....

Jméno, příjmení matky

Trvalé bydliště

Zaměstnání /nepovinný údaj/

Telefon na matku

žádají o přijetí dítěte

Jméno, příjmení dítěte

Datum narození národnost.....státní občanství.....

Rodné číslo

Trvalé bydliště

**k předškolnímu vzdělávání v Základní škole a Mateřské škole Milešovice,
okres Vyškov, příspěvková organizace od**

Požadovaná délka docházky :

celodenní provoz od..... do.....

Doplňující informace

Dítě - vyžaduje speciální péči ANO - NE
- je řádně očkováno ANO - NE

Zákonní zástupci se dohodli, že záležitosti přijetí dítěte do MŠ bude vyřizovat zákonný zástupce : / jméno, příjmení, tel./

Dáváme svůj souhlas k evidenci osobních údajů včetně rodného čísla našeho dítěte pro účely vedení povinné dokumentace školy podle zákona č.561/2004 Sb.,školský zákon, k vedení nezbytné zdravotní dokumentace a psychologických a jiných vyšetření a pro účely související s běžným chodem školy.

Souhlas poskytujeme na celé období předškolní docházky dítěte na této škole a na zákonem stanovenou dobu, po kterou se tato dokumentace ve škole archivuje.

Prohlašuji, že uvedené údaje jsou správné.

Milešovice, dne

Podpisy rodičů

.....
/Následující vyplní ředitel školy po odevzdání žádosti zákonnými zástupci/

Přijetí x nepřijetí k předškolnímu vzdělávání

V Milešovicích dne :

Rámcový vzdělávací program: **Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání**

Školní vzdělávací program: _____

Vyučující jazyk: **český**

VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození: _____

1. Dítě je řádně očkováno a je možné ho přijmout do MŠ dle ustanovení § 50 zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví ve znění pozdějších předpisů ANO NE

2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti: ANO NE

a) zdravotní b) tělesné c) smyslové d) jiné

3. Jiná závažná sdělení lékaře: ANO NE

4. Alergie: ANO NE

5. Možnost účasti na akcích školy - plavání, saunování, škola v přírodě ANO NE

.....
Datum

.....
Razítko a podpis lékaře

ODKLAD ŠKOLNÍ DOCHÁZKY

Odklad školní docházky na školní rok: _____

Beru na vědomí svou povinnost předávat dítě učiteli do třídy, hlásit změny údajů v tomto evidenčním listě a omlouvat nepřítomnost dítěte v mateřské škole.

V _____ dne _____

Podpisy zákonných zástupců:

1. zákonný zástupce

2. zákonný zástupce