

Mateřská škola, Petrovice  
Petrovice 52, 503 55 Petrovice  
IČO 70988889  
ředitelka školy Mgr. Kateřina Tomášová

## Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

Žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání do mateřské školy, jejíž činnost vykonává  
Mateřská škola, Petrovice, od školního roku 2023/2024

### 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: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Místo trvalého pobytu: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Telefon, e-mail \*\*)

\_\_\_\_\_

ID datové schránky (pokud je zřízena) \_\_\_\_\_

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      \*\*) nepovinný údaj

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 5 let.

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

Jméno dítěte \_\_\_\_\_

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 (z dlouhodobého hlediska brání zdravotní stav dítěte podání očkovací látky).

**ANO x NE. \*)**

Datum:

Razítko a podpis lékaře:



\*) hodící se zakroužkujte