

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 2020/21**

**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):

\_\_\_\_\_

Telefon, e-mail \*\*)

\_\_\_\_\_

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.**

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,<sup>\*)</sup>**

nebo

má doklad, že je proti nákaze imunní

**ANO x NE,<sup>\*)</sup>**

nebo

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

**ANO x NE,<sup>\*)</sup>**

Datum:

Razítko a podpis lékaře:



<sup>\*)</sup> hodící se zakroužkujte