

Registrační číslo :

Mateřská škola Horšovský Týn okres Domažlice příspěvková organizace

Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání do mateřské školy, pro školní rok 2020/21

Den a měsíc zahájení docházky : 1.9.2020

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: _____

Telefonní číslo : _____

Adresa pro doručování písemností, popř. ID datové schránky (pokud není shodná s místem trvalého pobytu):

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

Údaje a doklady stanovené pro přijetí dítěte do mateřské školy:

- rodný list dítěte /kopie/
- doklad o zmocnění zastupovat dítě v přijímacím řízení v případě osob, které osobně pečují o dítě v pěstounské péči /kopie/
- doporučení školského poradenského zařízení (v případě dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami)
- očkovací průkaz /kopie/, doklad o kontraindikaci (v případě nepodrobení se očkování)
- čestné prohlášení k očkování

Tyto informace se nevyplňují – ověření provede ředitelka mateřské školy !!

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,^{*)}

nebo

má doklad, že je proti nákaze imunní

ANO x NE,^{*)}

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.^{*)}

Datum:

^{*)} hodící se zakroužkujte