

**Mateřská škola Heřmanice**

č.p. 4, 55212 Heřmanice, IČ: 71003100

ID datové schránky: fdxkrb5, tel. +420491813287, email: ms.hermanice@post.cz

## ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

Podle ustanovení §34 zákona č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) ve znění pozdějších předpisů žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání od školního roku **2026/2027** do mateřské školy, jejíž činnost vykonává **Mateřská škola Heřmanice**

### DÍTĚ:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Místo trvalého pobytu:

### ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE:

Jméno a příjmení:

Místo trvalého pobytu:

Adresa pro doručování písemností:

Kontaktní telefon\*:

E-mail\*:

Datová schránka\*:

\* - Nepovinný údaj, jehož vyplněním souhlasí zákonný zástupce s jeho zpracováním pouze pro účel zefektivnění komunikace mezi školou a zákonným zástupcem v době přijímacího řízení.

Prohlašuji, že veškeré údaje, které jsem v žádosti uvedl/a, jsou přesné, pravdivé a úplné.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Jméno a podpis zákonného zástupce

Pro dodržení podmínek, stanovených § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, při přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole, je součástí žádosti o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole vyjádření dětského lékaře.

### VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

Jméno a příjmení dítěte: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| 1. 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 | NE |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|

*nebo*

|                        |     |    |
|------------------------|-----|----|
| je proti nákaze imunní | ANO | NE |
|------------------------|-----|----|

*nebo*

|                                                |     |    |
|------------------------------------------------|-----|----|
| nemůže se očkování podrobit pro kontraindikaci | ANO | NE |
|------------------------------------------------|-----|----|

|                                                     |     |    |
|-----------------------------------------------------|-----|----|
| 2. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji - jaké ? | ANO | NE |
|-----------------------------------------------------|-----|----|

|                                               |     |    |
|-----------------------------------------------|-----|----|
| 3. Trpí dítě chronickým onemocněním - jakým ? | ANO | NE |
|-----------------------------------------------|-----|----|

|                                       |     |    |
|---------------------------------------|-----|----|
| 4. Bere dítě pravidelně léky - jaké ? | ANO | NE |
|---------------------------------------|-----|----|

|                                                                    |     |    |
|--------------------------------------------------------------------|-----|----|
| 5. Jde o integraci postiženého dítěte do MŠ - s jakým postižením ? | ANO | NE |
|--------------------------------------------------------------------|-----|----|

|                                                        |     |    |
|--------------------------------------------------------|-----|----|
| 6. Doporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání | ANO | NE |
|--------------------------------------------------------|-----|----|

Jiná sdělení lékaře:

.....  
Datum

.....  
Razítko a podpis lékaře