

**Určeno: MATEŘSKÁ ŠKOLA KATUSICE, okres Mladá Boleslav  
U Mateřské školy 124, 294 25 Katusice,  
příspěvková organizace**

## ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

Registrační č.:

Přijato dne:

**Žadatel (zákonný zástupce dítěte)**

jméno a příjmení \_\_\_\_\_

místo trvalého pobytu \_\_\_\_\_

příp. adresa pro doručování, \_\_\_\_\_  
je-li odlišná od místa trvalého pobytu

telefon: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

V souladu s ust. § 34 zákona č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), v platném znění, žádám o přijetí dítěte:

jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

datum narození: \_\_\_\_\_

místo trvalého pobytu: \_\_\_\_\_

k předškolnímu vzdělávání, a to od: \_\_\_\_\_

Požadovaná délka docházky dítěte do mateřské školy:

- pravidelná celodenní
- pravidelně kratší než celodenní, a to \_\_\_\_\_.

Zákonní zástupci dítěte se dohodli, že záležitosti spojené s přijetím dítěte k předškolnímu vzdělávání bude vyřizovat shora uvedený zákonný zástupce dítěte.

Zákonný zástupce souhlasí s použitím osobních údajů ve smyslu nařízení (EU) 2016/679 (GDPR) a zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, výhradně pro potřeby Mateřské školy Katusice, okres Mladá Boleslav, příspěvková organizace.

Datum:

Podpis zákonného zástupce: \_\_\_\_\_

---

## VYJÁDŘENÍ REGISTRUJÍCÍHO LÉKAŘE:

jméno a příjmení dítěte: \_\_\_\_\_ datum narození: \_\_\_\_\_

Dítě může být z hlediska zdravotní způsobilosti přijato do mateřské školy:

- ANO  
 NE, a to z důvodu \_\_\_\_\_

Dítě je pravidelně očkováno\*:

- ANO  
 NE.  
Dítě není očkováno, neboť  
 je proti nákaze imunní  
 se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci.

Dítě vyžaduje speciální péči:

- ANO\*\*, a to v oblasti  
 zdravotní  
 tělesné  
 smyslové  
 jiné \_\_\_\_\_
- NE.

Jiná závažná sdělení o dítěti:

Alergie na léky, potraviny a jiné: \_\_\_\_\_

Pravidelné užívání léků: \_\_\_\_\_

Ze zdravotního hlediska se dítě může zúčastňovat akcí školy – např. plavání, saunování, škola v přírodě:

- ANO  
 NE.

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

Lékař:

\_\_\_\_\_

razítko

\_\_\_\_\_

podpis

\* Netýká se povinného předškolního vzdělávání.

\*\* U dítěte se zdravotním postižením musí být spolu se žádostí o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání předloženo rovněž písemné vyjádření školského poradenského zařízení

---