

# Základní škola a Mateřská škola, Záměl, okres Rychnov nad Kněžnou

Záměl 126, 517 43 Potštejn

tel. č. 777437860

[skola.zamel@seznam.cz](mailto:skola.zamel@seznam.cz)

IČO 75017644

## Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

**Žádám o přijetí** dítěte k předškolnímu vzdělávání do mateřské školy, jejíž činnost vykonává  
**Základní škola a Mateřská škola, Záměl, okres Rychnov nad Kněžnou**

od.....

### Dítě:

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: .....

Místo trvalého bydliště: .....

**Zákonný zástupce dítěte, popř. osoba, která je oprávněná účastníka řízení (dítě) v přijímacím řízení zastupovat:**

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: .....

Místo trvalého pobytu: .....

Telefon (nepovinný údaj): .....

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

Dítě **JE** x **NENÍ** se speciálními vzdělávacími potřebami \*).

.....  
podpis zákonného zástupce

V.....dne:.....

\*) hodící se zakroužkujte

Údaje a doklady stanovené pro přijetí dítěte do mateřské školy:

- rodný list dítěte
- průkaz totožnosti zákonného zástupce, popř. doklad o zmocnění zastupovat dítě v přijímacím řízení v případě osob, které osobně pečují o dítě v pěstounské péči
- doporučení školského poradenského zařízení (v případě dítěte se zdravotním postižením)
- doklad, že je dítě proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci (v případě nepodrobení se očkování)

**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+ 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. z dlouhodobého hlediska brání zdravotní stav dítěte podání očkovací látky (dočasná kontraindikace).

**ANO x NE \*)**

Datum: .....

Razítko a podpis lékaře:

--

\*) hodící se zakroužkujte