

ŽÁDOST O PŘIJETÍ K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

Registrační číslo – přidělené pro účely oznámení rozhodnutí o přijetí ___/20__

Správní orgán:

Základní škola a mateřská škola Bochoř, příspěvková organizace, Náves 16/47, 751 08,
zastoupená:

Mgr. Sylva Kostelníčková (ředitelka)

Zákonný zástupce žadatele (dítěte)¹⁾

Jméno a příjmení: _____ Telefon: _____

Adresa trvalého pobytu: _____

e-mail: _____ Datová schránka: _____

Žadatel (dítě)

Jméno a příjmení: _____

Adresa¹⁾: _____

Datum narození: _____ Místo narození: _____ Pojišťovna: _____

Rodné číslo: _____ Státní občanství: _____ Mateřský jazyk: _____

**Žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání do
ZŠ a MŠ Bochoř, okres Přerov,
od**

Se všemi podmínkami²⁾ přijetí k předškolnímu vzdělávání jsem byl/a seznámen/a.
Prohlašuji, že údaje, které jsem uvedl/a v žádosti, jsou pravdivé.

V Bochoři dne _____

Podpis zákonného zástupce

¹⁾ Zákonné zástupce (dále jen rodiče) upozorňujeme, že na základě zákona č. 89/2012 Sb. občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů, mají rodiče právo zastupovat dítě při právních jednáních, ke kterým není právně způsobilé. Rodiče jsou povinni si vzájemně sdělit vše podstatné, co se týká dítěte a jeho zájmů. Při právním jednání vůči dítěti, které není způsobilé ve věci samostatně právně jednat, postačí k jednání jen jeden z rodičů jako zákonný zástupce dítěte, který bude jednat s třetí stranou (školou). Jedná-li jeden z rodičů v záležitosti dítěte sám vůči třetí osobě (škole), má se za to, že jedná se souhlasem druhého rodiče.

²⁾ Podmínky k přijetí jsou vyvěšeny na stránkách školy www.msbochor.cz

POTVRZENÍ O ŘÁDNÉM OČKOVÁNÍ DÍTĚTE

Podle § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví

Jméno a příjmení dítěte

Datum narození

Dítě

- JE řádně očkované,
- Není řádně očkované, ale je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci,
- NENÍ řádně očkované z jiných důvodů, a tudíž nesplňuje § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.

V _____ dne _____

Razítko a podpis lékaře

POTVRZENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE

Jméno a příjmení dítěte

Datum narození

Vyjádření lékaře:

- | | |
|---|-----------------|
| 1) Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji – jaké? | ANO – NE |
| 2) Trpí dítě chronickým onemocněním – jakým? | ANO – NE |
| 3) Bere dítě pravidelně léky – jaké? | ANO – NE |
| 4) Doporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání. | ANO – NE |

Vlastní a jiná sdělení lékaře:

V _____ dne _____

Razítko a podpis lékaře