

# Mateřská škola Štěpánov, Moravská Huzová 60,

příspěvková organizace,  
Moravská Huzová 60, Štěpánov, 783 13

Tel: 585 386 748

e – mail: skolkahuzova@stepanov.cz

## Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

Číslo jednacích (registrujících): MŠMH/.....

Spisová značka: .....

Počet listů / příloh: .....

Podle ustanovení § 34 zákona č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (Školský zákon) **žádám o přijetí mého dítěte k předškolnímu vzdělávání od školního roku 2019/2020, ode dne .....**

**Jméno a příjmení dítěte** \_\_\_\_\_, **datum narození** \_\_\_\_\_

**Trvalé bydliště** \_\_\_\_\_

### Zákonní zástupci dítěte:

- Matka:

Jméno a příjmení \_\_\_\_\_

- Otec:

Jméno a příjmení \_\_\_\_\_

### Identifikace žadatele

Zákonní zástupci se dohodli, že záležitosti tohoto správního řízení vyřizuje zákonný zástupce:

**Jméno a příjmení:** \_\_\_\_\_ **datum narození** \_\_\_\_\_

**Trvalé bydliště:** \_\_\_\_\_

Adresa pro doručování písemností: \_\_\_\_\_

**e-mail** \_\_\_\_\_ **telefon** \_\_\_\_\_

- Pěstoun/ka

**Jméno a příjmení:** \_\_\_\_\_ **datum narození** \_\_\_\_\_

**Trvalé bydliště:** \_\_\_\_\_

Adresa pro doručování písemností: \_\_\_\_\_

**e-mail** \_\_\_\_\_ **telefon** \_\_\_\_\_

### Doplňující informace

- Starší sourozenec, který bude pokračovat ve šk. roce 2019/2020 v docházce do MŠ  
**ANO - NE**

• Dítě má diagnostikované zdravotní omezení (diety, alergie),  
Specifikujte \_\_\_\_\_

- Dítě má diagnostikované zdravotní postižení např. autismus, zrakové, sluchové, tělesné postižení...)

specifikujte \_\_\_\_\_

- Dítě bude ve šk. roce 2019/2020 plnit povinné předškolní vzdělávání

**ANO - NE**

K ověření údajů o zákonném zástupci a dítěti byly předloženy tyto dokumenty (**vyplní škola**):

Občanský průkaz žadatele:                      č.OP \_\_\_\_\_

Rodný list dítěte                      ano - ne

Jiné: \_\_\_\_\_

**Přílohy:**

**1. Povinná příloha (nedílná součást žádosti):**

- vyjádření lékaře o řádném očkování                      ano - ne
- (neplatí pro děti, pro které je předškolní vzdělávání povinné)

**2. Přílohy u dítěte se zdravotním postižením:**

- Vyjádření příslušného školského poradenského zařízení    ano - ne
- Vyjádření lékaře                      ano - ne

Stvrzuji svým podpisem, že jsem zákonným zástupcem dítěte a potvrzuji pravdivost výše uvedených údajů. Jsem si vědom/a/, že uvedením nepravdivých údajů do této žádosti může mít za následek zrušení rozhodnutí o přijetí dítěte.

*Dávám svůj souhlas mateřské škole k tomu, aby v rámci přijímacího řízení zpracovávala a evidovala osobní údaje a osobní citlivé údaje mého dítěte ve smyslu všech ustanovení zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů v platném znění. Svůj souhlas poskytuji pro účely vedení povinné dokumentace školy podle zákona č. 561/2004 Sb. školského zákona v platném znění.*

V ..... dne .....

Podpisy zákonných zástupců:

Otec: \_\_\_\_\_

Matka: \_\_\_\_\_

Pěstoun/ka \_\_\_\_\_

Žádost přijala (razítko, podpis)