

Základní škola a Mateřská škola, Dolany, okres Náchod

Dolany 84, 552 01
tel: +420 734 620 990

IČO: 70987173
bank. spojení: 78-8859880297/0100

ID DS: s58mcta

www.skola-dolany.cz
e-mail: dolany.skola@gmail.com

Registrační číslo:

Č. j.

Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

Žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole, jejíž činnost vykonává Základní škola a Mateřská škola Dolany, okres Náchod

od: ☐ školního roku 2026/2027 *

☐ okamžitě *

** Označte jednu z možností*

Dítě:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Trvalý pobyt /u cizince pobyt/:

Zákonný zástupce dítěte nebo fyzická osoba, která osobně pečuje o dítě v pěstounské péči, která bude dítě v přijímacím řízení zastupovat:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Trvalý pobyt /u cizince pobyt/:

Telefon *: E-mail *:

(*nepovinný údaj pouze pro účely vedení správního řízení)

Prohlašuji, že veškeré údaje, které jsem v žádosti uvedl/a, jsou přesné, pravdivé a úplné. Jsem si vědom/a toho, že pokud by mnou uvedené informace byly obráceny v opak, budu čelit všem z toho vyplývajícím právním následkům v souladu s § 21 odst. 1 písm. b) a c) zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích (lze uložit pokutu do 10 000 Kč).

Zpracování osobních údajů na žádosti je nezbytné pro splnění právní povinnosti (§ 37 odst.2 zákona č. 500/2004 Sb. a § 36 odst. 4 a 5 zákona č. 561/2004 Sb.) a správce údajů je bude zpracovávat pouze v rozsahu nezbytném pro vedení správního řízení a uchovávat po dobu dle spisového a skartačního řádu.

V Dolanech dne.....Podpis zákonného zástupce dítěte.....

Příloha:

(pozn.: nedokládá se u dítěte, které dosáhlo pátého roku před 1. září příslušného školního roku, kdy se začne vzdělávat):

Potvrzení dětského lékaře, že se dítě podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci (§ 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.)

Vyjádření lékaře:

1. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy ANO x NE

2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti ANO x NE

a) zdravotní

b) tělesné

c) smyslové

d) jiné

Jiná závažná sdělení o dítěti:

.....
.....

Alergie: ANO x NE

Jaké:

.....

3. Dítě je řádně očkováno: ANO x NE

.....

.....

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

.....

razítko a podpis lékaře