

Základní škola a Mateřská škola Lhoty u Potštejna  
zastoupená ředitelem Janem Havlem

**ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ**  
podle § 34 zákona č. 561/2004 Sb., školský zákon

Registrační číslo:

**Údaje o dítěti:**

<i>Jméno a příjmení:</i>	
<i>Datum narození:</i>	
<i>Rodné číslo:</i>	
<i>Místo narození:</i>	
<i>Státní občanství:</i>	
<i>Adresa trvalého pobytu:</i>	
<i>Adresa pro doručování: (pokud je jiná)</i>	

**Údaje o zákonném zástupci:**

	<i>Zástupce 1</i>	<i>Zástupce 2</i>
<i>Jméno a příjmení:</i>		
<i>Datum narození:</i>		
<i>Vztah k dítěti:</i>		
<i>Adresa trvalého pobytu:</i>		
<i>Telefon:</i>		
<i>Email:</i>		
<i>ID datové schránky (pokud má):</i>		

Tímto žádám o přijetí výše uvedeného dítěte k předškolnímu vzdělávání v

**Základní škole a Mateřské škole Lhoty u Potštejna od \_\_\_\_\_.**

(poznámka: Termín zahájení školního roku je vždy stanoven na 1. 9. příslušného roku, bez ohledu na to, zda tento den připadá na pracovní den či víkend.)

Osobní údaje uvedené v této žádosti jsou zpracovávány za účelem vedení správního řízení o přijetí dítěte k základnímu vzdělávání podle zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, a za účelem splnění právní povinnosti školy podle zákona č. 561/2004 Sb., školský zákon. Údaje budou zpracovávány pouze v nezbytném rozsahu a uchovávány po dobu 10 let.

**Základní škola a Mateřská škola Lhoty u Potštejna  
zastoupená ředitelem Janem Havlem**

**ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ  
podle § 34 zákona č. 561/2004 Sb., školský zákon**

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE**

Jméno a příjmení dítěte: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

1. 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+1 dávka) ANO    NE

*nebo*

je proti nákaze imunní ANO    NE

*nebo*

nemůže se očkování podrobit pro kontraindikaci ANO    NE

2. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji - jaké ? ANO    NE

3. Trpí dítě chronickým onemocněním - jakým ? ANO    NE

4. Bere dítě pravidelně léky - jaké ? ANO    NE

5. Jde o integraci postiženého dítěte do MŠ - s jakým postižením ? ANO    NE

6. Doporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání ANO    NE

Jiná sdělení lékaře:

.....  
Datum

.....  
Razítko a podpis lékaře

Prohlašuji, že všechny uvedené údaje jsou pravdivé a že zákonní zástupci se dohodli na tom, kdo bude dítě v řízení zastupovat.

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

**Podpis zákonného zástupce:** \_\_\_\_\_

*Osobní údaje uvedené v této žádosti jsou zpracovávány za účelem vedení správního řízení o přijetí dítěte k základnímu vzdělávání podle zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, a za účelem splnění právní povinnosti školy podle zákona č. 561/2004 Sb., školský zákon. Údaje budou zpracovávány pouze v nezbytném rozsahu a uchovávány po dobu 10 let.*