



Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

Nedílnou součástí této žádosti je vyplněná a potvrzená příloha č.1, v případě dítěte se zdravotním postižením příloha č. 2.

Příloha č. 1 - Vyjádření lékaře o zdravotním stavu dítěte

Příloha č. 2 - Vyjádření školského poradenského zařízení, popř. registrujícího lékaře

Registrační číslo*)	

Podací razítko

*) Vyplní organizace

Podle § 183 odst. 2 školského zákona rozhodnutí, kterým se **vyhoví** žádostem o přijetí k předškolnímu vzdělávání, se oznamují **zveřejněním seznamu** uchazečů pod přiděleným registračním číslem s výsledkem řízení u každého uchazeče. Seznam se zveřejní na veřejně přístupném místě ve škole (**úřední deska – Český Těšín, Komenského 607/3**) a na webových stránkách **www.masarykovazsms-komenskeho.cz** na dobu alespoň 15 dnů. Zveřejněním seznamu se považují rozhodnutí, kterými se vyhovuje žádostem o přijetí k předškolnímu vzdělávání, za oznámená.

Zákonný zástupce - oprávněná osoba	X
Jméno a příjmení, titul	
Trvalý pobyt	
Adresa pro doručování písemností (pokud se liší od trvalého pobytu)	
Telefonní číslo/e-mail	
Mám datovou schránku ANO/NE*	ID datové schránky

Žádám o přijetí svého dítěte k předškolnímu vzdělávání od školního rokuke dni.....

<input type="checkbox"/>	v Mateřské škole Akátová 17, 737 01 Český Těšín
<input type="checkbox"/>	v Mateřské škole Frýdecká 691, 737 01 Český Těšín
<input type="checkbox"/>	v Mateřské škole Vělopolská 21, 737 01 Český Těšín - Horní Žukov
<input type="checkbox"/>	v Mateřské škole Albrechtická 84, 735 62 Český Těšín - Stanislavice

* označte křížkem příslušnou MŠ

Údaje o dítěti - žadateli

Jméno	Příjmení	
Datum narození	Rodné číslo	Místo narození
Trvalý pobyt		
Státní příslušnost	Zdravotní pojišťovna	

Další doplňující informace

Požadovaná délka docházky dítěte do MŠ:	
<input type="checkbox"/> celodenní	<input type="checkbox"/> polodenní
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> jiné
Sourozenec již navštěvuje MŠ	ANO-NE*

* označte křížkem příslušnou variantu

* označte křížkem příslušnou variantu

Dávám svůj souhlas mateřské škole, jejíž činnost vykonává **Masarykova základní škola a mateřská škola Český Těšín** k tomu, aby zpracovávala a evidovala osobní údaje včetně rodného čísla mého dítěte ve smyslu všech ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění a souvisejících předpisů. Svůj souhlas poskytuji pro účely vedení povinné dokumentace školy - matriky podle zákona č. 561/2004 Sb., školský zákon, v platném znění.

O přijetí dítěte se zdravotním postižením dle § 34 odst. 6 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, v platném znění rozhodne ředitel mateřské školy na základě písemného vyjádření školského poradenského zařízení, popřípadě také registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost.

Žadatel svým podpisem potvrzuje, že byl poučen o tom, že touto žádostí je ve smyslu § 44 odst. 1 zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, v platném znění, zahájeno správní řízení ve výše uvedené věci. Žadatel bere na vědomí možnost nahlédnutí do spisu dle § 38 zákona 500/2004 Sb., správní řád, v platném znění, nejpozději 14 dnů před vydáním rozhodnutí, a to i v případě, že je rozhodnutí ve věci již v právní moci. Žadatel potvrzuje, že byl předem informován o tom, že před vydáním rozhodnutí ve věci je mu dána možnost vyjádřit se k podkladům rozhodnutí a že má právo vyjádřit v řízení své stanovisko dle § 36 zákona 500/2004 Sb., správní řád, v platném znění.

Zároveň souhlasím - nesouhlasím* s pořizováním fotografií a jejich následné zveřejňování na školním webu a ostatních mediích..

Žadatel svým podpisem stvrzuje, že byl seznámen s organizační směrnicí č.5/2016 „Vnitřní předpis o organizaci a úplatě za vzdělávací a školské služby“.

nehodící škrtněte

V Českém Těšíně dne.....

Podpis zákonného zástupce (žadatele).....



Příloha č. 1

k žádosti o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu dítěte

Potvrzuji, že dítě, nar.

<input type="checkbox"/>	se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, má doklad, že je proti nákaze imunní (v souladu s očkovacím kalendářem)
<input type="checkbox"/>	se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci

*označte křížkem příslušnou variantu

Jiná sdělení lékaře:

Datum:

Podpis a razítko lékaře



Příloha č. 2

k žádosti o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

(tato příloha může být nahrazena dokladem poradenského pracoviště, a to platným posudkem PPP nebo SPC)

Vyjádření školského poradenského zařízení, popř. registrujícího lékaře

(v případě dítěte se zdravotním postižením)

Potvrzuji, že dítě, nar.

může být přijato k předškolnímu vzdělávání.

Jiná sdělení:

Datum:

Podpis a razítko