**Masarykova základní škola a mateřská škola Český Těšín, ul. Komenského 607/3, 737 01 Český Těšín**

telefon: 558 746 409 e-mail: info@masarykovazsm.cz IČ: 60784512

**Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání**

do **firemní mateřské školy** (§34 odst. 8) zákona č.561/2003Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, v platném znění**) od školního roku……………………………ke dni**…………

***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.masarykovazsm.cz**](http://www.masarykovazsm.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) |  |
| Zaměstnavatel |  |
| Telefonní číslo/e-mail |  / |
| **Mám datovou schránu ANO/NE\*** | **ID datové schránky** |

**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:** |
|  | celodenní |  | polodenní |
|  |  |  | jiné |

 \* označte křížkem příslušnou variantu

|  |
| --- |
| Uveďte adresu předchozí MŠ v případě, že již dítě MŠ navštěvovalo: |

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 stvrzuje, že byl seznámen s aktuální organizační směrnicí „Vnitřní předpis o organizaci a úplatě za vzdělávací a školské služby“, která zveřejněna na úřední desce školy a na webových stránkách školy a v době konání zápisu k předškolnímu vzdělávání je k dispozici na sekretariátě školy.

V Českém Těšíně dne……………………….. Podpis zákonného zástupce (žadatele)……………………………..……………………..

**Masarykova základní škola a mateřská škola Český Těšín, ul. Komenského 607/3, 737 01 Český Těšín**

telefon: 558 746 409 e-mail: info@masarykovazsms.cz IČ: 60784512

**Příloha č. 1**

**k žádosti o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání**

***Vyjádření lékaře o zdravotním stavu dítěte***

Potvrzuji, že dítě …………………………………………………, nar. ………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| 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\* |
| má doklad, má doklad, že je proti nákaze imunní | ANO – NE\* |
| se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci, popř. pro dočasnou kontraindikaci (z dlouhodobého hlediska brání zdravotní stav dítěte podání očkovací látky) | ANO – NE\* |

 \*zakroužkujte příslušnou variantu

Jiná sdělení lékaře:

Datum: Podpis a razítko lékaře

**Masarykova základní škola a mateřská škola Český Těšín, ul. Komenského 607/3, 737 01 Český Těšín**

telefon: 558 746 409 e-mail: info@masarykovazsms.cz IČ: 60784512

**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