**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

**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 organizacePodle § 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.cz**](http://www.masarykovazsms.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 schránu ANO/NE\*** | **ID datové schránky** |

***Žádám o přijetí svého dítěte k předškolnímu vzdělávání od školního roku …………………….ke dni……………….., při tom preferuji zařazení do mateřské školy na adrese:***

|  |  |
| --- | --- |
|  | Mateřská škola Akátová 1361/17, 737 01 Český Těšín |
|  | Mateřská škola Frýdecká 691/34, 737 01 Český Těšín |
|  | Mateřská škola Vělopolská 21, 737 01 Český Těšín - Horní Žukov |
|  | Mateřská škola Albrechtická 84, 735 62 Český Těšín - Stanislavice |

\* uveďte pořadí Vámi preferovaných 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: | | | |
|  | celodenní |  | polodenní |
|  |  |  | jiné |
| Sourozenec již navštěvuje MŠ | | ANO-NE\* | |

\* označte křížkem příslušnou \* zakroužkujte 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, má doklad, že je proti nákaze imunní | ANO – NE\* |
| se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci | ANO – NE\* |

\*zakroužkujte příslušnou variantu

**Jiná závažná sdělení lékaře:**

Datum: Podpis a razítko lékaře

V případě přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání budu o změně zdravotního stavu dítěte a o dalších závažných skutečnostech ve zdravotním stavu mého dítěte informovat mateřskou školu (alergie, potravinové alergie, chronická onemocnění, pravidelné užívání léků). Závažné zdravotní skutečnosti dítěte doložím vyjádřením lékaře.

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

Jméno zákonného zástupce……………………. Podpis zákonných zástupců:……………………………………………

**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