

Základní škola a Mateřská škola Skuhrov nad Bělou,
517 03 Skuhrov nad Bělou 138,
skuhrovms@seznam.cz tel. 778 409 246 <http://www.zsskuhrov.cz/>

Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

Žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v Základní škole a Mateřské škole Skuhrov nad Bělou od 1. 9. 2024 školního roku 2024/2025

Dítě:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Trvalé bydliště:

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

Jméno a příjmení:

Datum narození (dobrovolný údaj):

Trvalé bydliště:

tel. č.:

Adresa pro doručování písemností, pokud není shodná s trvalým bydlištěm:

.....

Dítě JE x NENÍ se speciálními vzdělávacími potřebami. *)

Vdne:.....

.....
podpis zákonného zástupce

Datum přijetí žádosti:

*) hodící se zakroužkujte

Nevyplňuje se na žádosti o přijetí dítěte, pro které je předškolní vzdělávání povinné.

Vyjádření lékaře:

Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním (popřípadě 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 x NE*)

nebo má doklad, že je proti nákaze imunní

ANO x NE*)

nebo má doklad, že se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci, popř. z dlouhodobého hlediska brání zdravotní stav dítěte podání očkovací látky (dočasná kontraindikace).

ANO x NE*)

Dobrovolné údaje:

Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:

zdravotní..... tělesné

smyslové..... jiné.....

Jiná závažná sdělení o dítěti:

.....

Alergie:

Datum:

Razítko a podpis lékaře:



*) hodící se zakroužkujte