

**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. 2021 školního roku 2021/2022**

**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. \*)

V .....dne:.....

.....  
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<sup>\*)</sup>**

nebo má doklad, že je proti nákaze imunní

**ANO x NE<sup>\*)</sup>**

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<sup>\*)</sup>**

Dobrovolné údaje:

Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti :

zdravotní..... tělesné .....

smyslové..... jiné.....

Jiná závažná sdělení o dítěti :.....

.....

Alergie :.....

Datum:

Razítko a podpis lékaře:



---

<sup>\*)</sup> hodící se zakroužkujte