

Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání od 1. 9. 2026

v mateřské škole, jejíž činnost vykonává

Základní škola a Mateřská škola Krchleby, okres Kutná Hora, příspěvková organizace

Jméno a příjmení dítěte					
Datum narození		Místo narození			
Rodné číslo		Státní občanství		Zdravotní pojišťovna	
Trvalé bydliště					
Přechodné bydliště					
Dítě JE – NENÍ zdravotně postiženo (nehodící se škrtněte) <i>Přílohy u dítěte se zdravotním postižením:</i> 1. doporučení školského poradenského zařízení; 2. doporučení odborného lékaře					
Dítě JE – NENÍ zdravotně znevýhodněno (nehodící se škrtněte)					
Dítě JE – NENÍ schopno základní sebeobsluhy, zejména nepoužívá pleny (nehodící se škrtněte)					
Další sdělení důležitá pro průběh vzdělávání:					

Jméno a příjmení zákonného zástupce – matky dítěte	
Kontaktní adresa	
Podpis stvrzující, že údaje uvedené v žádosti jsou pravdivé	

Jméno a příjmení zákonného zástupce - otce dítěte	
Kontaktní adresa	
Podpis stvrzující, že údaje uvedené v žádosti jsou pravdivé	

Jméno a příjmení jednoho ze zákonných zástupců, který zastupuje dítě ve věci přijetí k předškolnímu vzdělávání	
Kontaktní email a telefon	

**Potvrzení registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost,
že se dítě podrobilo stanovenému pravidelnému očkování**

Jméno dítěte, datum narození

§ 50 zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví, v platném znění – výňatek o MŠ

Mateřská škola může přijmout pouze dítě, které se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci. Doklad o provedení pravidelného očkování nebo doklad o tom, že je dítě proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci, vydá poskytovatel zdravotních služeb v oboru praktické lékařství pro děti a dorost na žádost zákonného zástupce dítěte, pěstouna nebo fyzické osoby, které bylo dítě soudem svěřeno do osobní péče

Další skutečnosti týkající se zdravotního stavu dítěte, které by měly být podle názoru lékaře mateřské školy známy (zdravotní postižení, zdravotní znevýhodnění či jiná omezení):

datum vydání potvrzení

razítko a podpis lékaře