

**Základní škola a Mateřská škola Bečváry, okres Kolín**  
**se sídlem Bečváry 49, 281 43 Bečváry**

---

**ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ**

Podle ustanovení § 34 zákona č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) ve znění pozdějších předpisů žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání do mateřské školy, jejíž činnost vykonává Základní škola a Mateřská škola Bečváry, okres Kolín k datu:

**Dítě:**

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Adresa trvalého bydliště: \_\_\_\_\_

Doručovací adresa: \_\_\_\_\_

**Zákonný zástupce dítěte:**

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Adresa trvalého bydliště: \_\_\_\_\_

Doručovací adresa: \_\_\_\_\_

Kontaktní telefon a email: \_\_\_\_\_

**Požadovaná délka docházky:**                      a) celodenní                      b) polodenní

**Sourozenec dítěte přijatý k předškolnímu vzdělávání ve výše uvedené mateřské škole:**

a) ano                      b) ne

Prohlašuji, že veškeré údaje, které jsem v žádosti uvedl/a, jsou přesné, pravdivé a úplné.

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

---

Jméno a podpis zákonného zástupce

Pro dodržení podmínek, stanovených § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, při přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole, je součástí žádosti o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole vyjádření dětského lékaře.

### VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU

- |   |     |    |
|---|-----|----|
| 1. Dítě je řádně očkováno a je možné ho přijmout do MŠ dle ustanovení § 50 zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví ve znění pozdějších předpisů | ANO | NE |
| 2. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji - jaké ?   | ANO | NE |
| 3. Trpí dítě chronickým onemocněním - jakým ?   | ANO | NE |
| 4. Bere dítě pravidelně léky - jaké ?   | ANO | NE |
| 5. Jde o integraci postiženého dítěte do MŠ - s jakým postižením ?  | ANO | NE |
| 6. Doporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání  | ANO | NE |

Jiná sdělení lékaře:

.....  
Datum

.....  
Razítko a podpis lékaře