|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ŽÁDOST O PŘIJETÍ A DOHODA O DOCHÁZCE DÍTĚTE DO MATEŘSKÉ ŠKOLY** | | | | | | | | | | | | | |
| Datum doručení do MŠ: | | | | | Registrační číslo: MŠ /2017 | | | | | | | | Počet stran: 3 |
|  | | | | | Číslo jednací : PŘ/NPŘ /2017 | | | | | | | |  |
| Převzala: Beránková Lenka, řed.MŠ  Nová Jaroslava, zástupce ředitele | | | | | Spisová značka:SZ - PŘ/NPŘ /2017 | | | | | | | | Počet příloh: |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Zákonný zástupce dítěte** | | | | | | | | | | | | | |
| jméno a příjmení | | |  | | | | | | | | | | |
| datum narození | | |  | | | | | | | | | | |
| místo trvalého pobytu | | |  | | | | | | | | | | |
| adresa pro doručování | | |  | | | | | | | | | | |
| telefon | | | | | | | e-mail | | | | | | |
| **žádá o přijetí dítěte** | | | | | | | | | | | | | |
| jméno a příjmení |  | | | | | | | | | | | | |
| Datum a místo nar. |  | | | | | | rodné číslo | | |  | | | |
| s trvalým pobytem |  | | | | | | | | | | | | |
| státní občanství |  | | | | | | zdravotní pojišťovna | | | | |  | |
| **k předškolnímu vzdělávání**  v Mateřské škole Motýlek, Mělník, příspěvkové organizaci  Nemocniční 107  **od školního roku 2017 /2018** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Datum nástupu dítěte k předškolnímu vzdělávání** | | | | | | | | 4.9.2017 | | | | | |
| *Pozn.: doplňující údaje* | | | | | | | | | | | | | |
| Pro stanovení podmínek pobytu dítěte v MŠ podle § 1a odst. 5 vyhlášky č. 43/2006 Sb., o předškolním vzdělávání v platném znění uvádím následující údaje: | | | | | | | | | | | | | |
| **Požadovaná délka docházky dítěte do MŠ**  *(nevhodnou variantu škrtněte)* | | | | | | celodenní | | | | | polodenní | | |
| **Jiný požadavek zákonného zástupce dítěte na pobyt dítěte v MŠ:** | | | | | | | | | | | | | |
| **Zdravotní obtíže dítěte** (v souladu s § 22 zákona č. 561/2004 Sb., školský zákon, má zákonný zástupce povinnost školu informovat o zdravotním postižení dítěte, o změně zdravotní způsobilosti, zdravotních obtížích dítěte nebo jiných závažných skutečnostech, které by mohly mít vliv na průběh vzdělávání): | | | | | | | | | | | | | |
| **Údaje o předchozím předškolním vzdělávání dítěte** (název, adresa, dítě zapsáno k docházce od – do): | | | | | | | | | | | | | |
| * **Doplňující údaje** | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | Podpis zákonného zástupce dítěte | | | | |
| Kritéria pro přijetí do MŠ | | Byl/a jsem prokazatelně seznámen/a | | | | | | |  | | | | |
| Možnost nahlédnutí do spisu | |  | | | | | | |  | | | | |
| ***Upozornění:***   * V souladu s § 34 odst. 5 zákona č. 561/2004 Sb., školský zákon, je třeba při přijímání dětí k předškolnímu vzdělávání dodržet podmínky stanovené § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví (tzn., že vyjádření dětského lékaře o zdravotním stavu dítěte je povinnou součástí této žádosti o přijetí k předškolnímu vzdělávání – str.3) * Při vedení povinné dokumentace mateřské školy, školní matriky a při zpracování osobních údajů postupuje škola v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů. * Podle ustanovení § 36 odst. 3 zákona č. 500/2004 Sb., správního řádu, ve znění pozdějších předpisů, má zákonný zástupce možnost se ještě před vydáním rozhodnutí ve věci přijímacího řízení k předškolnímu vzdělávání pro školní rok 2017/2018 vyjádřit k podkladům rozhodnutí. Tato možnost je zákonnému zástupci dána dne 29. 5. 2017 v budově MŠ Motýlek, Mělník od 9 do 12 hodin. Rozhodnutí o přijetí či nepřijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání bude zveřejněno v MŠ dne 30. 5. 2017. V tento den mezi 8 – 12 h se zákonný zástupce dostaví k převzetí rozhodnutí, které jim bude předáno proti podpisu. V případě, že se nedostaví k převzetí rozhodnutí, bude jim zasláno poštou na doručenku do 30 dnů od podání žádosti. | | | | | | | | | | | | | |
| ***Čestné prohlášení zákonného zástupce dítěte:***  Beru na vědomí, že v případě uvedení nepravdivých údajů lze zrušit rozhodnutí o přijetí dítěte do mateřské školy. Svým podpisem potvrzuji správnost mnou uvedených údajů | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| V Mělníku dne : 10.5.2017 | | | | Podpis zákonného zástupce | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vyjádření dětského lékaře** | |
| **Jméno dítěte:** | **Datum narození:** |
| **1. Dítě je zdravé a může být přijato do MŠ** |  |
| **2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti** | |
| 1. zdravotní |  |
| 1. tělesné |  |
| 1. smyslové |  |
| 1. jiné |  |
| **3. Dítě JE – NENÍ řádně očkováno** |  |
| **4. Alergie** |  |
| Možnost účasti na akcích školy, plavání, saunování, bruslení, školní výlety |  |
| V Mělníku dne | razítko a podpis pediatra |