



**Základní škola a mateřská škola Telecí**  
Telecí 178, 569 94, IČO 71006125

---

## **ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ**

### **Zákonný zástupce dítěte:**

Jméno a příjmení: .....

Trvalé bydliště: .....

Doručovací adresa (pokud je odlišná od trvalého bydliště):

.....

Telefon: .....

E-mail: .....

ID datové schránky: .....

### **žádají o přijetí dítěte**

#### **Jméno a příjmení dítěte:**

.....

Datum narození: ..... Rodné číslo: .....

Státní občanství: ..... Trvalý pobyt: .....

**k předškolnímu vzdělávání do mateřské školy, jejichž činnost vykonává Základní škola a mateřská škola Telecí**

**Datum nástupu** dítěte k předškolnímu vzdělávání: .....

Prohlašuji, že veškeré údaje, které jsem v žádosti uvedl/a, jsou přesné, pravdivé a úplné. Zákonní zástupci se dohodli, že záležitosti spojené s přijetím do MŠ bude vyřizovat níže podepsaný zákonný zástupce.

V Telecích dne: ..... Podpis zákonného zástupce: .....

Údaje a doklady stanovené pro přijetí dítěte do mateřské školy:

- rodný list dítěte
- průkaz totožnosti zákonného zástupce, popř. doklad o zmocnění zastupovat dítě v přijímacím řízení v případě osob, které osobně pečují o dítě v pěstounské péči
- doporučení školského poradenského zařízení (v případě dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami)

Tel: 736 751 655, skola@zsteleci.cz, www.zsteleci.cz, č.ú.: 2900643203/2010

Tato část se nevyplňuje na žádosti o přijetí dítěte, pro které je předškolní vzdělávání povinné.

## POTVRZENÍ LÉKAŘE

**Jméno a příjmení dítěte:** .....

**Datum narození:** .....

1. Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním (popř. 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

ANO X NE. \*)

\*) hodící se zakroužkujte

\_\_\_\_\_

datum

\_\_\_\_\_

razítko a podpis lékaře