

## **Základní škola a Mateřská škola Ohnišov**

Ohnišov 182, 517 84 Ohnišov, IČO: 70979731, tel. 494 665 679, mobil: 777 166 967

[www.zsamsohnišov.cz](http://www.zsamsohnišov.cz), [skoly.ohnisov@seznam.cz](mailto:skoly.ohnisov@seznam.cz)

Č.j.:

### **Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání**

**Žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání do mateřské školy, jejíž činnost vykonává Základní škola a Mateřská škola Ohnišov, od školního roku 2025/2026.**

#### **Účastník řízení (dítě):**

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: .....

Místo trvalého pobytu: .....

#### **Zákonný zástupce dítěte, popř. osoba, která je oprávněná účastníka řízení (dítě) v přijímacím řízení zastupovat:**

Jméno a příjmení: .....

Místo trvalého pobytu: .....

Adresa pro doručování písemností (pokud není shodná s místem trvalého pobytu):  
.....

Telefonní číslo/E-mail \*): .....

\*) nepovinný údaj, jehož vyplněním souhlasí zákonný zástupce s jeho zpracováním pro účel zefektivnění komunikace mezi školou a zákonným zástupcem v době přijímacího řízení

Dítěti **JE x NENÍ**\*\*\*) diagnostikováno školským poradenským zařízením mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, závažné vady řeči, závažné vývojové poruchy chování, souběžné postižení více vadami nebo autismus.

\*\*) nehodící se škrtněte

V ..... dne .....  
.....  
podpis zákonného zástupce

Zpracování osobních údajů na žádosti je nezbytné pro splnění právní povinnosti (§ 37 odst. 2 zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů) a správce údajů je bude zpracovávat pouze v rozsahu nezbytném pro vedení správního řízení.

Doklady, které je zákonný zástupce povinen předložit:

- 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)
- vyjádření dětského lékaře o řádném očkování, popř. doklad, že je dítě proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou (dočasnou) kontraindikaci

Vyplní správní orgán:

Datum doručení:

Registrační číslo:

# Vyjádření dětského lékaře

Nevyplňuje se na žádosti o přijetí dítěte, pro které je předškolní vzdělávání povinné.

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

nebo

má doklad, že je proti nákaze imunní

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

nebo

má doklad, že se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci, popř. z dlouhodobého hlediska brání zdravotní stav dítěte podání očkovací látky (dočasná kontraindikace).

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

Datum:

Razítko a podpis lékaře:



\*<sup>)</sup> hodící se zakroužkujte