

## Mateřská škola JUTA

Riegrova 717, 544 01 Dvůr Králové nad Labem, IČ: 713 41 161  
ID datové schránky djgmbqu, tel: 775 233 998, email: [jutaskolka@juta.cz](mailto:jutaskolka@juta.cz)

### 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 od **2025/2026** do mateřské škola jejíž činnost vykonává  
**Mateřská škola JUTA**

Zákonný zástupce dítěte:

**Matka**

Jméno a příjmení:

Adresa pro doručování písemností:

Telefon:

Zaměstnavatel:

**Otec**

Jméno a příjmení:

Adresa pro doručování písemností:

Telefon:

Zaměstnavatel:

### Žádá o přijetí dítěte

s nástupem od.....a s délkou zkušebního pobytu 3 měsíců

Jméno a příjmení:

Narozeného (nou):

Rodné číslo:

Trvalý pobyt:

Pro stanovení podmínek pobytu dítěte v MŠ podle § 1 a odst. Č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání ve znění pozdějších předpisů uvádím k žádosti doplňující údaje:

1. Prohlašuji, že moje dítě absolvovalo povinné očkování: ANO / NE
2. Jiný požadavek zákonného zástupce dítěte na pobyt dítěte v MŠ:

Ve ..... dne.....

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

Podpis zákonného zástupce dítěte.....

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

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 NE

Nebo

Je proti nákaze imunní

ANO NE

Nebo

Nemůže se očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci, popř. Pro dočasnou kontraindikaci (z dlouhodobého hlediska brání zdravotní stav dítěte podání očkovací látky)

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. Je dítě alergik – na co?

ANO NE

7. Doporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání ?

ANO NE

Jiná sdělení lékaře:.....

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Razítko a podpis lékaře

Zpracování osobních údajů na žádosti je nezbytné pro splnění právní povinnosti (§37 odst. 2 zákona č.500/2004 Sb. a §34 odst. 5 a 6 zákona č. 561/2004 Sb.) a správce údajů je bude zpracovávat pouze v rozsahu nezbytném pro vedení správního řízení a uchovávat po dobu stanovenou spisovým a skartačním řádem a dle dalších platných právních předpisů.