

ZÁKLADNÍ ŠKOLA EDUARDA ŠTORCHA A MATEŘSKÁ ŠKOLA OSTROMĚŘ

Školní 315, 507 52 OSTROMĚŘ, IČ 70999121, e-mail: skola@zsostromer.cz

Mgr. Bc. Iva Mádlová, Ph.D., ředitelka školy

Žádost o přijetí k předškolnímu vzdělávání

Č. j.:	ZSOST/2026/ -1
Poč. listů/příloh:	/
Zpracoval:	Kazdová
Sk. znak	S 10
Došlo dne:	2026
Vyřízeno dne:	2026

Žádám o přijetí k předškolnímu vzdělávání do mateřské školy, jejíž činnost vykonává Základní škola Eduarda Štorcha a mateřská škola Ostroměř, od 1. 9. 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):

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

*) hodící se zakroužkujte

Telefonní číslo**) _____ e-mailová adresa**) _____

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

V _____ dne _____

_____ podpis zákonného zástupce

Vyjádření praktického lékaře pro děti a dorost

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

Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním

ANO x NE,^{*)}

nebo

má doklad, že je proti nákaze imunní

ANO x NE,^{*)}

nebo

má doklad, že se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci

ANO x NE.^{*)}

Doklad o provedení pravidelného očkování nebo doklad o tom, že je dítě proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci, vydá poskytovatel zdravotních služeb v oboru praktické lékařství pro děti a dorost na žádost zákonného zástupce dítěte, pěstouna nebo fyzické osoby, které bylo dítě soudem svěřeno do osobní péče

Datum:

Razítko a podpis lékaře:



^{*)} hodící se zakroužkujte