

## ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ VE ŠKOLNÍM ROCE 2025/2026

(podle ustanovení § 34 zákona č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů)

### I. Dítě:

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: ..... r.č. ....

Státní příslušnost: .....místo narození .....

Místo trvalého pobytu: .....

Místo pobytu a povolení k pobytu (u cizince) .....

### II. Zákonný zástupce dítěte:

**Jméno a příjmení matky\*:** ..... tel:.....

Místo trvalého pobytu: .....

Adresa pro doručování, liší-li se od trvalého bydliště:.....

Kontaktní spojení (e-mail, datová schránka):.....

**Jméno a příjmení otce\*:** ..... tel:.....

Místo trvalého pobytu: .....

Adresa pro doručování, liší-li se od trvalého bydliště:.....

Kontaktní spojení (e-mail, datová schránka):.....

*\*nebo jiného zákonného zástupce*

E-mailová adresa pro zaslání přiděleného registračního čísla: .....

### Žádost:

**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 v Mateřské škole speciální, Praha 4, Na Lysinách 6 od školního roku 2025/2026.**

### Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že veškeré údaje uvedené v žádosti jsou pravdivé a jsem seznámen/a s podmínkami přijímacího řízení. Jsem si vědom/a, že uvedení nepravdivých údajů může způsobit dodatečnou změnu v rozhodnutí o přijetí.

V ..... dne .....  
.....  
*podpisy zákonných zástupců*

*Žádáme rodiče, aby nejpozději do 10 dnů, od zveřejnění výsledků přijímacího řízení oznámili MŠ, zda do ní jejich dítě nastoupí či nenastoupí.*

**Vyjádření praktického lékaře dítěte:**

Jméno dítěte: .....

Datum narození .....

**Dítě je řádně očkováno (požadavek dle § 34 odst. 5 zák. 561/2004 Sb. ve spojení s § 50 zák. č. 258/2000 Sb. o veřejném zdraví).**

**ANO x NE**

(případně poznámka lékaře):

.....  
.....  
.....  
.....

Jiná závažná sdělení o dítěti:

.....  
.....  
.....

Alergie:

.....  
.....  
.....

Možnost účasti na akcích školy (celodenní výlety, škola v přírodě, plavání, saunování, ...)

- bez omezení
- s omezením.....

V..... dne .....

.....  
*razítko a podpis lékaře*