



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 školního roku **2026/2027** do mateřské školy, jejíž činnost vykonává

Mateřská škola Barevný svět, Frýdek-Místek, Slezská 770, příspěvková organizace

DÍTĚ:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Místo trvalého pobytu:

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE:

Jméno a příjmení:

Místo trvalého pobytu:

Adresa pro doručování písemností:

Kontaktní telefon*:

E-mail*:

Datová schránka*:

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

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

V dne

.....
Jméno, příjmení a podpis zákonného zástupce



EVIDENČNÍ LIST DÍTĚTE

DÍTĚ:

Jméno a příjmení:

Místo trvalého pobytu:

Datum narození:

Rodné číslo:

Místo narození:

Státní občanství:

Kód zdravotní pojišťovny:

Mateřský jazyk:

1. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE:

Jméno a příjmení:

Místo trvalého pobytu *:

Adresa pro doručování písemností:

Kontaktní telefon:

Email:

2. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE DÍTĚTE:

Jméno a příjmení:

Místo trvalého pobytu *:

Adresa pro doručování písemností:

Kontaktní telefon:

Email:

* - popř. místo pobytu na území ČR - cizinci



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 kontraindikaci

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. Doporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

ANO NE

7. Alergie:

Jiná sdělení lékaře:

Datum

Razítko a podpis lékaře



PŘIHLÁŠKA KE STRAVOVÁNÍ

Přihlašuji své níže uvedené dítě ke stravování v mateřské škole, jejíž činnost vykonává
Mateřská škola Barevný svět, Frýdek-Místek, Slezská 770, příspěvková organizace

JMÉNO DÍTĚTE:

DATUM NAROZENÍ:

TRVALÉ BYDLIŠTĚ:

Potvrzuji správnost údajů a zavazuji se, že budu včas hradit úplatu za školní stravování a
oznámím neprodleně každou změnu, která by měla vliv na stanovení poplatků za stravování.

Frýdek-Místek dne

.....
zákonný zástupce dítěte



DOHODA O DOCHÁZCE DÍTĚTE DO MATEŘSKÉ ŠKOLY

DÍTĚ

Jméno a příjmení dítěte:

Trvalý pobyt dítěte:

Datum narození dítěte:

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE

Jméno a příjmení:

Trvale bytem:

Ředitelka mateřské školy, jejíž činnost vykonává Mateřská škola Barevný svět, Frýdek-Místek, Slezská 770, příspěvková organizace a zákonný zástupce dítěte se na základě vyhlášky č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů

dohodli

na celodenní docházce dítěte do mateřské školy, jejíž činnost vykonává Mateřská škola Barevný svět, Frýdek-Místek, Slezská 770, příspěvková organizace.

Tato dohoda platí po dobu docházky dítěte do mateřské školy.

Frýdek-Místek dne

.....

Podpis zákonného zástupce



Podle ustanovení § 38, odst. 1 zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů, máte právo nahlížet do spisu, činit si z něj výpisy a máte nárok na pořízení kopie spisu nebo jednotlivých dokumentů.

Nahlédnout do spisu můžete ve lhůtě 15. – 17. 4 2026 v Mateřské škole Barevný svět, Bavlňářská 455.

.....
Podpis zákonného zástupce