



**Mateřská škola Domašov nad Bystřicí**  
okres Olomouc, příspěvková organizace  
Krátká 217, 783 06 Domašov nad Bystřicí

+420 773 378 924  
[skolka.domasov@seznam.cz](mailto:skolka.domasov@seznam.cz)  
IČO: 71 221 115

# 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 do mateřské školy, jejíž činnost vykonává **Mateřská škola Domašov nad Bystřicí, okres Olomouc, příspěvková organizace** k datu: \_\_\_\_\_

## Dítě:

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Adresa trvalého bydliště: \_\_\_\_\_

Doručovací adresa: \_\_\_\_\_

**Zákonní zástupci dítěte se dohodli a svými podpisy potvrzují, že záležitosti spojené s přijetím k předškolnímu vzdělávání bude vyřizovat zákonný zástupce:**

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Adresa trvalého bydliště: \_\_\_\_\_

Doručovací adresa: \_\_\_\_\_

Kontaktní telefon a email: \_\_\_\_\_

1. zák. zást. (jméno a příjmení) \_\_\_\_\_ podpis \_\_\_\_\_

2. zák. zást. (jméno a příjmení) \_\_\_\_\_ podpis \_\_\_\_\_

3. **Požadovaná délka docházky:** a) celodenní b) polodenní

4. **Sourozenec dítěte přijatý k předškolnímu vzdělávání ve výše uvedené mateřské škole:**

a) ano b) ne

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

V \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Jméno a podpis zákonného zástupce

---

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 KE ZDRAVOTNÍMU STAVU DÍTĚTE

1. Dítě je řádně očkováno a je možné ho přijmout do MŠ dle ustanovení § 50 zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví ve znění pozdějších předpisů: 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. Jiná sdělení lékaře:

---

Datum

---

Razítko a podpis lékaře