

Základní škola a Mateřská škola Měník,  
okres Hradec Králové, 503 64 Měník,  
IČO 71006176

telefon: 734 860 631  
e-mail: skolka@menik.cz

Přijato dne: .....

Č. jednací:.....

Registrační číslo:.....

## ŽÁDOST o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

Žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání do mateřské školy, jejíž činnost vykonává Základní škola a Mateřská škola, Měník, okres Hradec Králové, 503 64 Měník **od školního roku 2025-2026**

### Jméno a příjmení dítěte

--

Datum narození:	
Místo trvalého pobytu:	

**Žadatel - 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):	
Kontaktní telefon:	
E-mailová adresa:	
Datová schránka:	

U cizinců se uvede trvalý či přechodný pobyt. Občané třetích zemí jsou povinni doložit oprávnění k pobytu na území ČR ve smyslu ustanovení § 20 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) ve znění pozdějších předpisů.

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

\*) nehodící se škrtněte

V .....

dne .....

.....

Podpis zákonného zástupce

## VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE:

Dítě se **podrobilo** stanoveným pravidelným očkováním

**Ano**    x     **Ne**,\*\*

nebo **má doklad**, že je proti nákaze imunní

**Ano**    x     **Ne**,\*\*

nebo se **nemůže** očkování podrobit pro **kontraindikaci**

**Ano**    x     **Ne**,\*\*

Zdravotní omezení, postižení, bere pravidelně léky \_\_\_\_\_

---

**\*\* DOPORUČUJI - NEDOPORUČUJI** přijetí dítěte do mateřské školy.

Datum:

Razítko a podpis lékaře:

\*\*\*) nehodící se škrtněte