

**Základní škola a mateřská škola Libchavy****Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání
ve školním roce 2026/2027****Dítě**

Jméno a příjmení		Registrační číslo	
Adresa trvalého bydliště			
Datum narození		Rodné číslo	
Místo narození		Státní občanství	
Bydliště			
Zdravotní pojišťovna			

Nástup do mateřské školy

Od (den, měsíc, rok)			
	Na celodenní docházku od	hod. do	hod.
	Na polodenní docházku od	hod. do	hod.

1. zákonný zástupce dítěte

Jméno a příjmení		Vztah	
Trvalé bydliště (nebo viz dítě)			
e-mail		Telefon	
		Datová schránka	

2. zákonný zástupce dítěte

Jméno a příjmení		Vztah	
Trvalé bydliště (nebo viz dítě)			
e-mail		Telefon	
		Datová schránka	

Sourozenci

Jméno		Rok narození	
Jméno		Rok narození	
Jméno		Rok narození	
Jméno		Rok narození	

Prohlášení zákonných zástupců

Zavazuji se, že neprodleně oznámím mateřské škole výskyt přenosné choroby v rodině nebo v nejbližším okolí dítěte, onemocnění dítěte přenosnou chorobou nebo onemocnění osoby, s níž dítě přišlo do styku. Souhlasím se zpracováním osobních údajů v souladu s nařízením EU GDPR.

V	Dne	Podpisy zákonných zástupců dítěte
---	-----	-----------------------------------

Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte			
Jméno a příjmení dítěte			
Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy	ANO – NE*		
Dítě je řádně očkováno	ANO – NE*		
Trpí dítě chronickým onemocněním?	ANO – NE*		
Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji?	ANO – NE*		
Vyžaduje zdravotní stav dítěte speciální péči?	ANO – NE*		
Užívá dítě pravidelně léky?	ANO – NE*		
Trpí dítě nějakou alergií?	ANO – NE*		
V případě ANO, jakou			
Jiná sdělení lékaře:			
Doporučuji – nedoporučuji * přijetí dítěte do mateřské školy.			
Datum:		Razítko a podpis lékaře	

* Nehodící se škrtněte.