**ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ**

V mateřské škole, jejíž činnost vykonává

**Mateřská škola Pašovice, okres Uherské Hradiště, příspěvková organizace**

**Od školního roku 2019 / 2020**

|  |  |
| --- | --- |
| Č. j. | **Registrační číslo ( Reg. Č. )***(přidělené žadateli dle §183, zák. č. 561/2004Sb.,školský zákon v platném znění )* |
|  |

**Žadatel (dítě ) :**

Jméno a příjmení :……………………………………………………………………………………….

Datum narození :…………………………………………………………………………………………

Trvalý pobyt : ……………………………………………………………………………………………

Bydliště ( pokud se liší od trvalého pobytu ) : …………………………………………………………...

**Zákonný zástupce :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jméno a příjmení  | MATKA | OTEC |
| Bydliště |  |  |
| Telefonní číslo |  |  |

**SPOLEČNÝ ZMOCNĚNEC :**

|  |
| --- |
| Zákonní zástupci si zvolili tohoto společného zmocněnce pro doručování písemností*(jeden ze zákonných zástupců žadatele )* |
| Jméno a příjmení : |
| Doručovací adresa : |
| e-mail :  | ID datové schránky *(pokud je zřízena )* |

**SOUROZENEC**, který je již v dané MŠ přijatý a bude se v MŠ vzdělávat i ve šk. roce 2019/ 2020

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení | 1. Rok narození :
 |
| 1. Rok narození :
 |

**DOPLŇUJÍCÍ ÚDAJE** *( vyplní v případě potřeby zákonný zástupce* ***ve spolupráci s ředitelkou*** *)* :

|  |
| --- |
| Např. zdravotní omezení, která by mohla mít vliv na průběh vzdělávání dítěte apod. |

**Prohlašuji, že níže uvedené údaje jsou správné a jakoukoliv změnu v údajích nahlásím.**

* Na výzvu je zákonný zástupce žadatele povinen doložit dokumenty : průkaz totožnosti ( §36, odst. 4 zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, v platném znění ), oprávnění pobývat na území ČR ( § 20 zákona č. 561/2004 Sb., školský zákon, v platném znění ) apod.

**POTVRZENÍ O OČKOVÁNÍ : jméno a datum narození**

|  |
| --- |
| V souladu s §34, odst. 5, zákona č. 561/2004 sb., školský zákon, v platném znění a § 50 zákona č. 258/200 Sb., o ochraně veřejného zdraví, v platném znění, **může mateřská škola s výjimkou zařízení, do nichž je docházka povinná, přijmout pouze dítě, které se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním**, případně má doklad, že je proti nákaze imunní, nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci. |
| **Dítě je očkováno dle zákona : ANO NE****Dítě má doklad, že je proti nákaze imunní : ANO NE****Trvalá kontraindikace : ANO NE** |
| **Datum : Razítko a podpis lékaře**  |

**Pro případ, že počet žádostí o přijetí převýší počet volných míst, stanovuje ředitelka školy tato kritéria :**

|  |  |
| --- | --- |
| **KRITÉRIA** | **POČET BODŮ** |
| 1. Věk dítěte **5 let** dosažených k 31. 8. 2019
 | 8 |
|  **4 roky** dosažené k 31. 8. 2019 | 6 |
|  **3 roky** dosažené k 31. 8. 2019 | 4 |
|  **2 roky** dosažené k 31. 8. 2019 | 2 |
| 1. **Trvalý pobyt v příslušném školském obvodu** dané MŠ u dítěte, které **dosáhlo věku minimálně 3 let k 31. 8. 2019**
 | 5 |
| 1. **Sourozenec**, který je již MŠ přijatý a bude se v dané MŠ vzdělávat i v následujícím školním roce 2019/2020
 | 1 |

**POSTUP :**

* Každému žadateli ( dítěti ) budou přiděleny **body za splněná kritéria.**
* Podle počtu přidělených bodů bude **stanoveno pořadí žadatelů**. Žadatelé se shodným počtem přidělených bodů budou dále řazeni **podle data narození** ( od nejstaršího, po nejmladší )

Do přijímacího řízení budou zařazeny **jen žádosti dětí, které dovršily minimálně 2 roky do 31. 8. 2019.**

**Prohlašuji, že jsem se seznámil s kritérii pro přijetí dítěte .**

§876 odst. 3 občanského zákoníku : Jedná – li jeden z rodičů v záležitosti dítěte sám vůči třetí osobě, která je v dobré víře, má se za to, že jedná se souhlasem druhého rodiče.

S uvedenými údaji bude MŠ nakládat výhradně v souladu se zákonem č. 101/200 Sb., o ochraně osobních údajů.

**Přijímání vyplněných žádostí v dané MŠ : 9. 5. 2019 od 10 : 00 do 15 : 30 hodin.**

Podpis zákonných zástupců žadatele :

|  |
| --- |
|  |

V Pašovicích : …………………………… Žádost za MŠ převzal……………………………..