

**Základní škola a mateřská škola Prasek, okres Hradec Králové**, Prasek 157, 504 01 Nový Bydžov, IČ: 70 98 65 09, bankovní spojení: 1085839319/0800, ID datové schránky: b6avgjh, tel. ředitelka školy: 601 699 776, sekretářka školy: 776 532 499, vedoucí školní jídelny: 601 594 025, vedoucí školní družiny: 602 152 784, sborovna ZŠ: 601 594 525, zástupce ředitele pro MŠ: 601 393 084, sborovna MŠ: 776 532 623, [kaprev@seznam.cz](mailto:kaprev@seznam.cz), [reditel@skolaprasek.cz](mailto:reditel@skolaprasek.cz), [info.skolaprasek.cz](mailto:info.skolaprasek.cz), [www.skolaprasek.cz](http://www.skolaprasek.cz)

## Žádost o přijetí k předškolnímu vzdělávání

**Žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání od 1. 9. 2025 do mateřské školy, jejíž činnost vykonává Základní škola a mateřská škola Prasek.**

### Účastník řízení (dítě):

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Místo trvalého pobytu: \_\_\_\_\_

**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)

\_\_\_\_\_

Telefonní číslo, email\*\*) \_\_\_\_\_

ID datové schránky (pokud je zřízena) \_\_\_\_\_

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.

\_\_\_\_\_  
podpis zákonného zástupce

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

\*) hodící se zakroužkujte \*\*) nepovinný údaj

Zpracování osobních údajů na žádosti je nezbytné pro splnění právní povinnosti (§ 37 odst. 2 zákona č. 500/2004 Sb. a § 34 odst. 5 a 6 zákona č. 561/2004 Sb.) a správce údajů je bude zpracovávat pouze v rozsahu nezbytném pro vedení správního řízení a uchovávat po dobu 5 let.

**Nevyplňuje se na žádosti o přijetí dítěte, pro které je předškolní vzdělávání povinné.**

Jméno dítěte: \_\_\_\_\_

Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním

**ANO x NE, \*)**

nebo

má doklad, že je proti nákaze imunní

**ANO x NE, \*)**

nebo

má doklad, že se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci

**ANO x NE. \***

Datum:

Razítko a podpis lékaře:



\*) hodící se zakroužkujte

Doklad o provedení pravidelného očkování nebo doklad o tom, že je dítě proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci, vydá poskytovatel zdravotních služeb v oboru praktické lékařství pro děti a dorost na žádost zákonného zástupce dítěte, pěstouna nebo fyzické osoby, které bylo dítě soudem svěřeno do osobní péče.