



Mateřská škola, základní škola a střední škola Gellnerka Brno,  
příspěvková organizace  
Gellnerova 66/1, 637 00 Brno

---

jméno, příjmení zákonného zástupce uchazeče (dítěte)

.....

adresa místa trvalého pobytu,  
popř. jiná adresa pro doručování zákonného zástupce uchazeče včetně datové schránky

.....

.....

telefonní číslo (*nepovinný údaj, vyplněním údaje udělujete souhlas se zpracováním podle GDPR*)

.....

e-mailová adresa (*nepovinný údaj, vyplněním údaje udělujete souhlas se zpracováním podle GDPR*)

.....

**Mateřská škola, základní škola a střední škola Gellnerka Brno, příspěvková organizace  
Gellnerova 1, 637 00 Brno – Jundrov**

## **Žádost o přijetí k předškolnímu vzdělávání**

Žádám o přijetí k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole, jejíž činnost vykonává Mateřská škola, základní škola a střední škola Gellnerka Brno, příspěvková organizace, a to od 1. 9. 2026

mé dcery/mého syna

jméno a příjmení uchazeče

.....

datum narození uchazeče

.....

místo trvalého pobytu uchazeče (v případě cizince místo pobytu)

.....

místo, datum .....

podpis zákonného zástupce uchazeče .....

### **Přílohy**

Doporučení školského poradenského zařízení, jehož obsahem je doporučení k zařazení do školy zřízené dle § 16 odst. 9 školského zákona pro žáky se sluchovým postižením, závažnými vadami řeči nebo se souběžným postižením více vadami

Potvrzení, že se dítě podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, doklad, že je proti nákaze imunní, nebo doklad, že se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci.



Mateřská škola, základní škola a střední škola Gellnerka Brno,  
příspěvková organizace  
Gellnerova 66/1, 637 00 Brno

---

**Potvrzení lékaře o tom, že se dítě podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, nebo doklad o tom, že je proti nákaze imunní** nebo že se **nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci** v souladu s ustanovením § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

**Vyplní 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**

jméno a příjmení uchazeče (dítěte)

.....

datum narození uchazeče (dítěte)

.....

místo trvalého pobytu, v případě cizince místo pobytu uchazeče (dítěte)

.....

Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO NE

Dítě je proti nákaze imunní ANO NE

Dítě se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci ANO NE

místo a datum .....

podpis a razítko lékaře