

**ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE
k předškolnímu vzdělávání**

Údaje o dítěti:

Registrační číslo:

Jméno a příjmení
Datum narození:
Adresa trvalého pobytu:
Národnost:
Zdravotní pojišťovna dítěte:
Požadovaná délka docházky : celodenní polodenní
K předškolnímu vzdělávání od:

Žadatelé (zákonní zástupci dítěte)

Jméno a příjmení otce:
Adresa trvalého pobytu, telefon*
Jméno a příjmení matky:
Adresa trvalého pobytu, telefon*
E-mailová adresa rodičů:*

*nepovinný údaj – využívá se ke komunikaci se zákonným zástupcem

Zákonní zástupci se dohodli, že záležitosti přijetí dítěte do MŠ bude vyřizovat:

Zákonný zástupce-----datum nar.-----

Adresa pro doručování je-li odlišná od bydliště-----

e-mail*)-----datová schránka*)-----

Zdravotní omezení dítěte ANO – NE (Pokud ANO, je nutné doložit potvrzení lékaře o zdravotním stavu dítěte)

S podmínkami pro přijetí do mateřské školy jsem byl/a seznámen/a. Prohlašuji, že údaje, které jsem uvedl/a v žádosti jsou pravdivé, v případě uvedení nepravdivých údajů lze kdykoliv zrušit rozhodnutí o přijetí dítěte.

V..... dne.....

Podpis zákonného zástupce.....

Připojujeme vyjádření lékaře o zdravotním stavu dítěte:

Potvrzení lékaře o zdravotním stavu dítěte

Jméno a příjmení dítěte.....

Datum narození.....

Vyjádření lékaře: Dítě MÁ x NEMÁ zdravotní potíže, které by mohly mít vliv na předškolní výchovu a vzdělávání - jaké

Vdne.....

Razítko a podpis lékaře:

**Potvrzení pediatra o řádném očkování dítěte
(v případě povinného předškolního vzdělávání se nevyplňuje)**

Jméno a příjmení.....

Datum narození.....

podle § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, v platném znění

- Dítě je řádně očkováno.
- Dítě není řádně očkováno, ale proti nákaze je imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci.
- Dítě není řádně očkováno z jiných důvodů, tudíž nesplňuje § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, v platném znění.

V

Dne

Razítko a podpis lékaře