# ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

***do Mateřské školy, Lesná, okres Znojmo***
***příspěvková organizace, Lesná 91, 671 02 Lesná***

*Účastník řízení:*

***Jméno a příjmení dítěte:*** .....

***Datum narození:*** .....

***Místo trvalého pobytu:*** .....

***Bydliště (pokud je odlišné od místa trvalého pobytu):*** .....

***Zastoupený zákonným zástupcem:*** .....
*jméno a příjmení*

***Místo trvalého pobytu:*** .....

***Adresa pro doručování:*** .....
***(Vyplňte v případě, že je odlišná od místa trvalého pobytu)***

***Kontaktní telefon:*** .....

***e-mail:*** .....

***datová schránka:*** .....

***Termín nástupu dítěte do mateřské školy:*** ***1.9.2024***

*Sourozenci, kteří navštěvují Mateřskou školu Lesná:*

*Jméno, příjmení, rok narození:* .....

*Jméno, příjmení, rok narození:* .....

*V případě uvedení nepravdivých údajů může správní orgán původní rozhodnutí zrušit a rozhodnout ve věci znovu. V souladu s § 36 odst. 3 zákona č. 500/2004 Sb. správního řádu, je možné se seznámit a vyjádřit k podkladům rozhodnutí po celou dobu řízení, a to v budově školy, po telefonické domluvě s ředitelkou školy (tel. 515 291 309). Zákonný zástupce prohlašuje, že je ve shodě s druhým zákonným zástupcem ve věci přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání.*

*Se všemi podmínkami přijetí do mateřské školy jsem byl seznámen.*

*Podpis zákonného zástupce:*

*V ……* *Dne ……*

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE

1. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy.

2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:
(odpovídající zaškrtněte)

☐ zdravotní
☐ tělesné
☐ smyslové
☐ jiné: _____

Jiná závažná sdělení

Alergie: _____

POTVRZENÍ PEDIATRA O ŘÁDNÉM OČKOVÁNÍ DÍTĚTE

podle § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví
Dítě ☐ JE řádně očkované

☐ dítě není řádně očkováno, ale je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci

☐ NENÍ řádně očkováno z jiných důvodů a tudíž nesplňuje § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.

Souhlasím s možností účasti dítěte na akcích školy – plavání, škola v přírodě, školní výlety, bruslení

V _____dne _____

Razítko a podpis lékaře

DOPORUČENÍ ŠKOLSKÉHO PORADENSKÉHO ZAŘÍZENÍ NEBO ODBORNÉHO LÉKAŘE
*(vyplnit pouze v případě zdravotního postižení dítěte)*

Doporučuji dítě se speciálními vzdělávacími potřebami k integraci do MŠ Lesná

V _____dne _____

Razítko a podpis pracovníka ŠPZ nebo lékaře