

MATEŘSKÁ ŠKOLA "SÍDLIŠTĚ", Liberec 30, Skloněná 1414,
příspěvková organizace

Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

MŠ přijato dne:.....registrační číslo:.....č.jed.:.....spis.zn:.....
/ vyplní ředitelka školy /

Zákonný zástupce dítěte :

Jméno a příjmení:.....

Adresa trvalého pobytu:.....

Kontaktní telefon**

E-mail **

Adresa pro doručování je shodná s adresou trvalého pobytu: ANO/ NE*

Uveďte adresu pro doručování:.....

* nehodící se škrtněte ** nepovinný údaj

Žádám o přijetí dítěte

Jméno a příjmení dítěte (účastníka řízení):.....

Datum narození:.....

Adresa trvalého pobytu.....

**k předškolnímu vzdělávání v MATEŘSKÉ ŠKOLE "SÍDLIŠTĚ", Liberec 30, Skloněná 1414,
příspěvková organizace
od školního roku 2019//2020**

Uvedené údaje podléhají ochraně zejména podle zákona č. 101 / 2000 Sb. o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů.

Nedílnou součástí žádosti o přijetí k předškolnímu vzdělávání je potvrzení dětského lékaře o povinném očkování dítěte dle ustanovení § 50 zákona č.258/2000 Sb.,o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů.

Prohlášení zákonného zástupce:

Byl jsem seznámen s kritérii pro přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání.

Beru na vědomí, že neprodleně oznámím jakoukoliv změnu ve výše uvedených údajích.

V dne.....
.....
podpis zákonného zástupce dítěte

Vyjádření lékaře je nedílnou součástí žádosti o přijetí / viz. strana 2 /

Vyjádření lékaře

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

Trvalý pobyt:

1. Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci dle ustanovení § 50 zákona č.258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů.

ANO* **NE***

2. Jsou odchylky v psychosomatickém vývoji dítěte, pokud ano, jaké ?**

ANO* **NE***

3. Trpí dítě chronickým onemocněním, pokud ano, jakým ?**

ANO* **NE***

4. Jiná závažná sdělení lékaře:**

Přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole:**

DOPORUČUJI* - NEDOPORUČUJI*

* nehodící se škrtněte

** nepovinný údaj

V.....dne:.....

.....

Razítko a podpis lékaře