# Mateřská škola Dolní Zálezly, Rudé Armády 106, 403 01, Dolní Zálezly. Příspěvková organizace. IČO 706 95 105. Tel: 475 213 020, Mobil: +420 736 536 548, +420 777 854 284, Email: materska.skoladz@volny.cz, [www.msdolnizalezly.cz](http://www.msdolnizalezly.cz), ID scwktv.

**Č.j.:**

**Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání**

**do Mateřské školy Dolní Zálezly na školní rok…**

**Zákonní zástupci**

|  |
| --- |
| **Matka:****Jméno a příjmení:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****č. tel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Místo trvalého pobytu:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Otec:****Jméno a příjmení:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****č. tel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Místo trvalého pobytu:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

## **žádají o přijetí dítěte**

|  |
| --- |
| **Jméno a příjmení:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Datum****narození:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Státní občanství:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Místo trvalého pobytu:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**Jméno dítěte: Datum narození:**

|  |
| --- |
| **Vyjádření lékaře o zdravotním stavu dítěte:****1**. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy.**2**. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti: (odpovídající podtrhněte)* Zdravotní
* Tělesné
* Smyslové
* jiné:

**3.** Alergie:**4.** Jiná závažná sdělení o dítěti: |

|  |
| --- |
| **Potvrzení pediatra o řádném očkování dítěte**Podle § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví (odpovídajícípodtrhněte)* dítě je řádně očkováno
* dítě není řádně očkováno, ale je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci
* dítě není řádně očkováno z jiných důvodů, tudíž nesplňuje §50 zákona č.258/2000Sb., o ochraně veřejného zdraví, v platném znění

Souhlasím s možností účasti dítěte na akcích mateřské školy: školní výlety, exkurze ajiné aktivity, které MŠ pořádá v souladu se ŠVP a TVP.V dne:Razítko a podpis lékaře: |

Podpis zákonného zástupce: V dne: