

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: 1.9.2022

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