# Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

Žadatel:

|  |
| --- |
| Jméno a příjmení dítěte:  |
| Datum narození:  |
| Rodné číslo:  |
| Trvalé bydliště |
| Druh docházky: | \* Celodenní  | \* Dopolední | \* Jiná |

\* nehodící se škrtněte, v případě označení jiná uveďte jaká

**Identifikace žádosti**:

žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání do Mateřské školy Žižkovo Pole od 1. 9. 2024 do zahájení plnění povinné školní docházky.

|  |
| --- |
| Jméno a příjmení zákonného zástupce dítěte**:**  |
| Telefon: |
| E-mail: |
| Trvalé bydliště:  |
| Doručovací adresa: |

Označení správního orgánu:

|  |  |
| --- | --- |
| Ředitel – jméno a příjmení | Michala Najmanová |
| Adresa právnické osoby, která vykonává činnost mateřské školy | Mateřská škola Žižkovo Pole 16582 22 Přibyslav  |

**Prohlášení rodičů:**

* jsem si vědom/a/, že uvedení nepravdivých údajů v této žádosti může mít za následek zrušení rozhodnutí o přijetí dítěte
* prohlašuji, že jsem byl /a/ seznámena s kritérii pro přijímání dětí na školní rok 2024/2025

V Žižkově Poli dne…………….

 ………………………………………..

 Podpis zákonného zástupce dítěte

|  |
| --- |
| Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte při nástupu do MŠ |
|  |  |
| **Jméno a příjmení dítěte:** |   |
| **Datum narození:** |   |
| **Zdravotní pojišťovna:** |   |
|  |  |
| (V souladu s ustanovením § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů) |
|  |  |
| **Dítě:** |  |
|  |  |
| 1. očkování dle zákona
 |
|  | \* ano |
|  | \* ne |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  2. alergie |  |
|  | \* ne |
|  | \* ano, jaký typ……………… |
|  |  |
|  |  |
| **Doporučuji / Nedoporučuji** **přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání do MŠ Žižkovo Pole, okres Havlíčkův Brod** |
|  |  |
| Datum: | Razítko a podpis pediatra: |
|  |  |
| **U dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami žadatel o přijetí do MŠ předloží ještě vyjádření školského poradenského zařízení.** |