

## Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

<b>Jméno a příjmení dítěte:</b>	
Datum narození:	Rodné číslo:
Zdravotní pojišťovna:	Místo narození:
Trvalé bydliště:	
Státní příslušnost:	Mateřský jazyk:

do Základní školy a mateřské školy Dolní Slivno, příspěvková organizace od .....

**Požadovaná docházka / \*nehodící se škrtněte/**

Celodenní	* Ano – Ne
Jiná – uveďte jaká a důvod	* Ano – Ne

**Dítě již navštěvovalo předškolní zařízení**

* Ne
* Ano (jaké)

**Identifikační údaje žadatele:/zákonný zástupce dítěte/:**

<b>Jméno a příjmení:</b>	
Telefon:	e-mail:
Trvalé bydliště:	
Doručovací adresa/pokud se liší od trvalého bydliště/:	

**Označení správního orgánu:**

Ředitel-jméno a příjmení	Vladimír Lacina
Adresa právnické osoby, která vykonává činnost mateřské školy	Základní škola a mateřská škola Dolní Slivno, příspěvková organizace 294 78 Dolní Slivno 40

**Čestné prohlášení rodičů:**

- prohlašuji, že jsem zákonným zástupcem tohoto dítěte
- prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s kritérii pro přijímání dětí do MŠ
- prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s termínem, kdy se mohu vyjádřit k podkladům rozhodnutí před jeho vydáním
- prohlašuji, že mé dítě je řádně přeočkováno dle očkovacího kalendáře
- jsem si vědom/a, že uvedení nepravdivých údajů v této žádosti může mít za následek zrušení rozhodnutí o přijetí dítěte

V ..... dne.....

.....  
Podpis zákonného zástupce dítěte

## Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte při nástupu do MŠ

v souladu s ustanovením § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů

<b>Jméno a příjmení dítěte:</b>	
<b>Datum narození:</b>	
<b>Rodné číslo:</b>	
<b>Trvalé bydliště:</b>	
<b>Zdravotní pojišťovna:</b>	

**Dítě:**

1. je řádně očkováno

\* ano

\* ne

2. vyžaduje speciální péči v oblasti

\* zdravotní\* tělesné

\* smyslové

\* jiné

3. alergie

\* ne

\* ano (jaký  
druh)

4. bere pravidelně léky:

\* ne

\* ano (jaké)

**Doporučuji / Nedoporučuji přijetí dítěte do ZŠ a MŠ Dolní Slivno**

Datum:

Razítko a podpis pediatra:

**U dítěte se zdravotním postižením žadatel o přijetí do MŠ předloží ještě vyjádření školského poradenského zařízení**