**ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ**

Podle ustanovení § 34 zákona č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) ve znění pozdějších předpisů **žádám o přijetí dítěte** **k předškolnímu vzdělávání** do mateřské školy, jejíž činnost vykonává Mateřská škola Přítluky, Horní 125 **k datu:**

…………………………………….

**Dítě:**

Jméno a příjmení:…………………………………………………………………………………………………………………………………

Datum narození:………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adresa trvalého bydliště:………………………………………………………………………………………………………………………

Zákonní zástupci dítěte se dohodli, že záležitosti spojené s přijetím dítěte k předškolnímu vzdělávání bude vyřizovat **zákonný zástupce:**

Jméno a příjmení:…………………………………………………………………………………………………………………………………

Doručovací adresa:……………………………………………………………………………………………………………………………….

Kontaktní telefon a email:…………………………………………………………………………………………………………………….

**Požadovaná délka docházky:** a) celodenní b) polodenní

**Prohlašuji, že veškeré údaje, které jsem v žádosti uvedl(a), jsou přesné, pravdivé a úplné.**

V……………………………………dne…………………………….

…………………………………………………………………………………………….

Jméno a příjmení zákonného zástupce, podpis

Pro dodržení podmínek, stanovených § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, při přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole, je součástí žádosti o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole vyjádření dětského lékaře.

**Vyjádření lékaře**

**Jméno a příjmení dítěte …………………………………………………………………………………….**

**Datum narození:…………………………………………………………………………………………………**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Dítě je řádně očkováno a je možné ho přijmout do MŠ dle ustanovení § 50 zákona č. 258/2000Sb., o ochraně veřejného zdraví ve znění pozdějších předpisů.** | **ANO NE** |
| NEBO |  |
| 1. Je proti nákaze imunní. | ANO NE |
| NEBO |  |
| 1. Nemůže se očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci, popř. pro dočasnou kontraindikaci (z dlouhodobého hlediska brání zdravotní stav dítěte podání očkovací látky). | ANO NE |

Jiná sdělení lékaře:

………………………………………………. ……………………………………………….

Datum Razítko a podpis lékaře