

ŽÁDOST O PŘIJETÍ K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

REGISTRAČNÍ ČÍSLO:

DATUM PŘIJETÍ ŽÁDOSTI:

O přijetí k předškolnímu vzdělávání žádá

Jméno a příjmení:
Datum narození:
Trvalý pobyt:
Datová schránka: ano - ne ID: (nehodící se škrtněte)

zastoupený rodiči (zákonnými zástupci)

Matka:

Jméno a příjmení:
Trvalý pobyt:
Adresa pro doručování:
Zaměstnavatel: (Vyplňte pouze v případě zařazení do třídy pro děti zaměstnanců zřizovatele a děti uvolněných členů Zastupitelstva Ústeckého kraje)
Tel.:

Otec:

Jméno a příjmení:
Trvalý pobyt:
Adresa pro doručování:
Zaměstnavatel: (Vyplňte pouze v případě zařazení do třídy pro děti zaměstnanců zřizovatele a děti uvolněných členů Zastupitelstva Ústeckého kraje)
Tel.:

Dítě je: (pravdivou možnost označte)

- bez speciálně vzdělávacích potřeb
- se speciálně vzdělávacími potřebami (přílohou k přihlášce je doporučení školského poradenského zařízení)
- dítětem zaměstnance zřizovatele či dítětem uvolněného člena Zastupitelstva Ústeckého kraje
- sourozencem dítěte navštěvujícího mateřskou školu

Datum nástupu k předškolnímu vzdělávání: 1. 9. 2024

Zákonní zástupci se dohodli, že zmocnění k doručování písemností týkajících se práv a právem chráněných zájmů dítěte po dobu jeho předškolního vzdělávání v MŠ má

otec – matka (nehodící se škrtněte)

Podpisy obou rodičů:

Jiný požadavek zákonných zástupců na pobyt dítěte v MŠ (např. zdravotní apod.).

Dne:

Podpis rodičů (zákonných zástupců):

Vyjádření lékaře:

Očkování dítěte: Sdělení lékaře dle § 50 Zákona o ochraně veřejného zdraví č. 258/2000 Sb. o tom, že se dítě podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci.

Další důležitá sdělení: (má-li dítě zdravotní znevýhodnění či omezení, které je třeba zohlednit při vzdělávání)

Dne:

Razítko a podpis lékaře: