

## Mateřská škola Přezletice, Kaštanová 417, 250 73 Přezletice

Č. j.:

Reg. č.:

Přijala:

Přijato dne:

### Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

**Žadatel:** /zákonný zástupce dítěte/

Jméno a příjmení:	
Datum narození:	Telefon,e-mail:
Trvalé bydliště :	
Doručovací adresa:	

#### Identifikace žádosti:

Žádám o přijetí dítěte k docházce do Mateřské Přezletice Kaštanová 417, 250 73 Přezletice od 1.9. 2014 do zahájení plnění povinné školní docházky.

Jméno a příjmení dítěte:		
Datum narození:	Místo narození:	
Rodné číslo :	Zdravotní pojišťovna :	
Trvalé bydliště:		
Státní příslušnost :	Mateřský jazyk :	
Druh docházky :	* Celodenní	* jiná

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

#### Označení správního orgánu:

Ředitelka	Michaela Spěváčková
Adresa právnické osoby, která vykonává činnost mateřské školy	Mateřská škola Přezletice Kaštanová 417, 250 73 Přezletice /tel. č. 725087447/

#### prohlášení rodičů:

- jsem si vědom/a/,že uvedení nepravdivých údajů v této žádosti může mít za následek zrušení rozhodnutí o přijetí dítěte
- tímto zároveň přihlašuji své dítě ke stravování v MŠ
- prohlašuji, že jsem byl /a/ seznámena s kritérii pro přijímání dětí do MŠ Přezletice
- prohlašuji, že jsem byl/a/ seznámena s termínem možnosti seznámení se se spisem před vydáním rozhodnutí.
- prohlašuji, že jsem si vědom/a/ skutečnosti, že dítě je přijato na zkušební dobu, která představuje 3 měsíce

V Přezleticích dne.....

.....  
podpis zákonného zástupce dítěte

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

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

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

### Dítě:

1. je zdravé, **řádně očkováno**

\* ano

\* ne

2. vyžaduje speciální péči v oblasti

\* zdravotní

\* tělesné

\* smyslové

\* jiné

3. alergie

\* ne

\* ano, jaký typ.....

4. bere pravidelně léky:

\* ne

\* ano, jaké.....

**Doporučuji / Nedoporučuji přijetí dítěte do MŠ Přezletice**

Datum:

Razítko a podpis pediatra:

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