

Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

v MATEŘSKÉ ŠKOLE CIBULÁČEK, TOVÁRNÍ 517, DUBÍ 1, PŘÍSPĚVKOVÉ
ORGANIZACI

Č.j.: _____

Spis.zn.: _____

Žádám o přijetí k předškolnímu vzdělávání do MATEŘSKÉ ŠKOLY CIBULÁČEK, TOVÁRNÍ 517, DUBÍ 1, PŘÍSPĚVKOVÉ ORGANIZACE :

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození: _____

Trvalý pobyt: _____

Datum nástupu: _____

Zákonný zástupce dítěte:

Jméno a příjmení : _____

Trvalý pobyt: _____

Telefon: _____

Adresa pro doručování písemností (pokud není shodná s trvalým pobytem)

Délka pobytu dítěte v MŠ:

Celý den /jiné _____

Dítě **JE** / **NENÍ** diagnostikováno školským poradenským zařízením mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, závažné vady řeči, závažné vývojové poruchy chování, souběžné postižení více vadami nebo autismus.

Vyjádření lékaře:

Nevyplňuje zákonný zástupce dítěte, pro které je předškolní vzdělávání povinné

Dítě bylo očkováno dle § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů.

ano ne

nebo

má doklad, že je proti nákaze imunní ano ne

nebo

má doklad, že se nemůže očkování podrobit pro trvalou (dočasnou) kontraindikaci (v případě nepodrobení se očkování)

ano ne

Jiná závažná sdělení (chronická onemocnění, postižení, alergie, léky apod.)

Razítko a podpis lékaře:

Nutný podpis obou zákonných zástupců:

V Dubí dne: _____