

RAZÍTKO MATEŘSKÉ ŠKOLY	REGISTRAČNÍ ČÍSLO
------------------------	-------------------

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

Zákonný zástupce dítěte

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Trvalé bydliště:

Kontaktní telefon (nepovinný údaj):

E-mail (nepovinný údaj):

Adresa pro doručování je shodná s adresou trvalého bydliště: ANO/ NE. Uveďte adresu pro doručování:

Žádám o přijetí dítěte

Jméno a příjmení dítěte (účastníka řízení):

Datum narození:

Trvalé bydliště:

k celodennímu předškolnímu vzdělávání

v Mateřské škole Dolní Podluží, okres Děčín, příspěvková organizace

Požadované datum přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání od 1. září 2021.

Potvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a v souladu s ustanovením § 36 zákona č. 500/2004 Sb. správní řád s možností využít procesního práva vyjádřit se k podkladům rozhodnutí dne 20. května 2021 od 9.00 hodin do 12.00 hodin v budově Mateřské školy Dolní Podluží 437.

Nedílnou součástí žádosti o přijetí k předškolnímu vzdělávání je lékařské potvrzení, že se dítě podrobilo očkování dle ustanovení § 50 zákona č.258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.

V dne

.....
podpis zákonného zástupce dítěte

POTVRZENÍ O ŘÁDNÉM OČKOVÁNÍ DÍTĚTE
podle § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví
(v případě povinného předškolního vzdělávání NEVYPLŇUJTE!)

.....
Jméno a příjmení dítěte

.....
Datum narození

Dítě

- JE řádně očkované,
- není řádně očkované, ale je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci,
- NENÍ řádně očkované z jiných důvodů, a tudíž nesplňuje § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.

V.....dne

Razítko a podpis lékaře

POTVRZENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE
(v případě že dítě nemá zdravotní omezení NEVYPLŇUJTE!)

.....
Jméno a příjmení dítěte

.....
Datum narození

Vyjádření lékaře:

V.....dne

Razítko a podpis lékaře