Mateřská škola Cvikov, Jiráskova 88/I, příspěvková organizace

# ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

**1. Zákonný zástupce dítěte:**

##  Jméno a příjmení:………………………………………………………………………….……………………………………..

#####

#####  Místo trvalého pobytu:…………………………………………………………………….……………………………………..

 Kontaktní telefon (nepovinný údaj):……………………………………………………………………………………………..

 E-mail (nepovinný údaj, ale pro MŠ důležitý): …………………………………………………………………………………

#### Žádám o přijetí dítěte

 Jméno a příjmení dítěte (účastníka řízení):…………………………………………………………………………………........

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

 Trvalé bydliště:…………………………………………………………………….…………………….....................................

k předškolnímu vzdělávání v Mateřské škole Cvikov, Jiráskova 88/I, příspěvková organizace ve školním roce:……………...

 Datum nástupu dítětek předškolnímu vzdělávání: ...…………………………………………………………………………...

Souhlasíme s tím, aby osobní informace, týkající se našeho dítěte, byly využity pro potřeby mateřské školy.

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 28. 05. 2024 od 13. 00 hodin do 14. 00 hodin v budově Mateřské školy Cvikov, Jiráskova 88/I, příspěvková organizace.

Nedílnou součástí žádosti o přijetí k předškolnímu vzdělávání je potvrzení dětského lékaře o povinném očkování dítěte dle ustanovení § 50 zákona č. 258/200 Sb., o ochraně veřejného zdraví.

**Potvrzuji, že podávám tuto žádost s vědomím druhého zákonného zástupce dítěte.**

V………………………………………..dne 14. 05. 2024 ……………………………………………

 podpis zákonného zástupce dítěte

**Potvrzení lékaře:**

Jméno a příjmení dítěte:………………………………………………………………………………….

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

Trvalé bydliště:…………………………………………………………………………………………..

Potvrzení dětského lékaře, že se dítě podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci dle ustanovení § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.

V………………………………. …………………………………………….

 Razítko a podpis lékaře