



ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE DO MATEŘSKÉ ŠKOLY jako součásti ZŠ a MŠ Nedabyle

Číslo jednací:

Registrační číslo:

V Nedabyli dne:

Rodiče dítěte / jiní zákonní zástupci dítěte

Jméno a příjmení matky:	
Adresa trvalého bydliště:	
Kontaktní telefon:	
E-mail:	
Zaměstnavatel:	
Datum nástupu do práce:	

Jméno a příjmení otce:	
Adresa trvalého bydliště <i>(vyplňte pouze v případě, že je odlišná od bydliště matky):</i>	
Kontaktní telefon:	
E-mail:	
Zaměstnavatel:	
Datum nástupu do práce:	



žádají o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání:

Jméno a příjmení dítěte:	
Datum narození:	
Rodné číslo:	
Adresa trvalého bydliště:	
Dítě pojištěno u zdravotní pojišťovny:	
Doplňující informace k žádosti:	
Nástup dítěte do MŠ plánujeme od:	
Žádáme o přijetí dítěte na:	a) Celodenní docházku b) Polodenní docházku

Prohlášení zákonných zástupců dítěte:

Svým podpisem potvrzujeme, že jsme byli poučeni, že:

- dítě se podrobilo stanovenému pravidelnému očkování (doložení Očkovacího průkazu) nebo s uvedením důvodu neočkování od praktického lékaře dítěte);
- dnem podání žádosti je zahájeno správní řízení a správním orgánem byla stanovena lhůta 7 dnů k dodání potřebných dokladů důležitých k předmětnému řízení;
- řízení se opírá o zákon č.561/2004 Sb. (školský zákon), zákon č.500/2004 Sb., o správním řízení, vyhlášku č.14/2005 Sb., ve znění vyhlášky č.43/2006 Sb., o předškolním vzdělávání, vše v platném znění;
- jsme povinni do žádosti uvést úplné a pravdivé údaje, které mají vliv na toto správní řízení a doložení skutečností je v zájmu zákonného zástupce;
- škola s údaji zachází dle platné legislativy;
- dle zákona o správním řízení můžeme před vydáním rozhodnutí nahlédnout do spisu, a to v termínu stanoveném ředitelkou školy;
- rodičovskou odpovědnost vykonávají rodiče ve vzájemné shodě.

Zákonní zástupci dítěte se dohodli, že záležitosti spojené se správním řízením bude vyřizovat zákonný zástupce:

Jméno a příjmení:

Podpis zákonného zástupce:



ZDRAVOTNÍ STAV DÍTĚTE

Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO x NE *)
nebo má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou
kontraindikaci. ANO x NE *)

*) nehodící se škrtněte

Datum: Razítko a podpis lékaře:

*(Informace o očkování se nevyplňuje na žádosti o přijetí dítěte, pro které je předškolní
vzdělávání povinné.)*

ASTMATICKÉ PROBLÉMY:

(popište)

ALERGIE:

(vypište)

JINÁ ZDRAVOTNÍ OMEZENÍ ČI POSTIŽENÍ:

(vypište)

V

dne