

Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

Zákonní zástupci dítěte:

Jméno a příjmení zákonných zástupců dítěte- nutné údaje

Matka	Otec
-------	------

Bydliště:

(ulice, číslo popisné, obec, poštovní směrovací číslo):

Matka	Otec
-------	------

Datum narození:

Matka	Otec
-------	------

**žádají o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání od školního roku
v Mateřské škole ŽABIČKY, Dobrovského 27, 612 00 Brno**

Jméno a příjmení dítěte:

Narozené(ho) dne:

S trvalým pobytem:

(ulice, číslo popisné, obec, PSČ):

S místem pobytu (jiné než trvalé)

(ulice, číslo popisné, obec, PSČ):

Státní občanství:

Doplňující údaje

Uvedení kritéria pro přijetí do MŠ ŽABIČKY (s případnou bližší specifikací):

Žádáme o přijetí

k docházce do mateřské školy od data:

a) na celodenní docházku k předškolnímu vzdělávání s termínem nástupu:

b) k omezené docházce předškolního vzdělávání s termínem nástupu:

Případné sdělení zákonného zástupce pro správní řízení,

důvody: (sociální potřebnost dítěte, individuální situace dítěte, rodinné poměry, odlišné bydliště rodičů/če od dítěte, pobírání dávek sociální péče, zaměstnanost rodičů, blízkost školy od bydliště, starší sourozenec v MŠ)

Potvrzujeme, že jsme se seznámili s kritérii přijetí a uvedené údaje v žádosti jsou pravdivé.

Zákonní zástupci dítěte zvolili společného zmocněnce pro doručování písemností:

(matka nebo otec)

JMÉNO A PŘÍJMENÍ:

PŘESNÁ ADRESA:

(ulice, číslo popisné, obec, PSČ):

KONTAKTÍ TELEFON:

E- mailová adresa:

V Brně dne:

Podpis obou zákonných zástupců:

matka, otec

Vyjádření dětského lékaře:

Předškolní zařízení mohou přijmout pouze dítě, které se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci (zákon č. 258/2000 Sb. § 34 odst. 5, o ochraně veřejného zdraví).

DOPORUČUJI

NEDOPORUČUJI

přijetí dítěte do předškolního zařízení

Očkování dítěte:

Jiná závažná sdělení:

Zdravotní stav dítěte se **zohledněním potřeb dítěte na spec. výchovnou péči** (zdravotní postižení, chronické onemocnění, odchylky v psychomotorickém vývoji, nutná individuální péče, diety ve stravování, alergie apod.):

ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ DÍTĚTE V OBLASTI: (případné doporučení k integraci dítěte)

Doporučení menšího kolektivu:

Nutný asistent MŠ z důvodu:

Jiná doporučení:

Datum:

razítko a podpis lékaře:

Označení správního orgánu, kterému byla žádost určena a doručena

Mateřská škola ŽABIČKY, Dobrovského 27, 612 00 Brno

Olga Kovářová – ředitelka mateřské školy

Doručeno dne:

žádost převzala:

Žádost byla evidována pod číslem jednacím:

Žádosti bylo přiděleno registrační číslo:

Poznámky: