

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ VE ŠKOLNÍM ROCE 2023/2024

(podle ustanovení § 34 zákona č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů)

I. Dítě:

Jméno a příjmení:

Datum narození: r.č.

Státní příslušnost:místo narození

Místo trvalého pobytu:

Místo pobytu a povolení k pobytu (u cizince)

II. Zákonný zástupce dítěte:

Jméno a příjmení matky*:

Místo trvalého pobytu:

Adresa pro doručování, liší-li se od trvalého bydliště:.....

Kontaktní spojení (tel., e-mail, datová schránka):.....

Jméno a příjmení otce*:tel.....

Místo trvalého pobytu:

Adresa pro doručování, liší-li se od trvalého bydliště:.....

Kontaktní spojení (tel., e-mail, datová schránka):.....

**nebo jiného zákonného zástupce*

E-mailová adresa pro zaslání přiděleného registračního čísla:

Žádost:

Podle ustanovení § 34 zákona č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání /školský zákon/, ve znění pozdějších předpisů, žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v MATEŘSKÉ ŠKOLE SPECIÁLNÍ, Praha 4, Na Lysinách 6 od školního roku 2023/2024.

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že veškeré údaje uvedené v žádosti jsou pravdivé a jsem seznámen/a s podmínkami přijímacího řízení. Jsem si vědom/a, že uvedení nepravdivých údajů může způsobit dodatečnou změnu v rozhodnutí o přijetí.

V dne
.....
podpisy zákonných zástupců

Žádáme rodiče, aby nejpozději do 10 dnů, od zveřejnění výsledků přijímacího řízení oznámili MŠ, zda do ní jejich dítě nastoupí či nenastoupí.

Vyjádření praktického lékaře dítěte:

Jméno dítěte:

Datum narození

Dítě je řádně očkováno (požadavek dle § 34 odst. 5 zák. 561/2004 Sb. ve spojení s § 50 zák. č. 258/2000 Sb. o veřejném zdraví).

ANO x NE

(případně poznámka lékaře):

.....
.....
.....
.....

Jiná závažná sdělení o dítěti:

.....
.....
.....

Alergie:

.....
.....
.....

Možnost účasti na akcích školy (celodenní výlety, škola v přírodě, plavání, saunování, ...)

- bez omezení
- s omezením.....

V..... dne

.....
razítko a podpis lékaře