|  |
| --- |
| **ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ** |
|  **od školního roku 2024/25** |
| **Mateřská škola Bocanovice 19, okres Frýdek-Místek,****příspěvková organizace** kontakt: ředitelka 737 785 894, MŠ 737 169 643, email: ms.bocanovice@seznam.cz |
| **Žádám o přijetí svého dítěte:**JMÉNO A PŘÍJMENÍ:…………………………………………….DATUM NAROZENÍ: ………………………….TRVALÝ POBYT:…………………………………………………------------------------------------------------------------------------DORUČOVACÍ ADRESA:……………………………………………………………………... | Vyplňuje škola:Podací razítkoPřidělené registrační číslo:………………… |
| **Zákonní zástupci dítěte:** **matka otec** |
| JMÉNO, PŘÍJMENÍ: ……………………………………..BYDLIŠTĚ: …………………………………………………………... TEL:………………………..EMAIL:…………………………………ID DAT. SCHRÁNKY:…………………….. | JMÉNO, PŘÍJMENÍ:……………………………………...BYDLIŠTĚ: …………………………………………………………….TEL:…………………….EMAIL:……………………………………ID DAT. SCHRÁNKY:……………………... |
| Datum podání žádosti: …………………………Podpis zákonného zástupce: ……………………………..Zákonný zástupce je povinen předložit rodný list dítěte a potvrzení lékaře o povinném očkování. Dítě s povinným předškolním vzděláváním doklad o očkování dokládat nemusí.S osobními údaji bude mateřská škola nakládat výhradně v souladu se zákonem č. 500/2018 Sb., o ochraně osobních údajů. **Potvrzení pediatra:**1. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy.
2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:
3. zdravotní
4. tělesné
5. smyslové
6. jiné.
7. Dítě je řádně očkováno podle § 50 zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů.
8. Alergie

V………………………………………..dne…………………… Razítko a podpis lékaře …………………………………………………….. |