|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ** | | |
| **od školního roku 2025/26** | | |
| **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 razítko  Přidělené 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 …………………………………………………….. | | |