

Mateřská škola, Těchlovice, okres Děčín
se sídlem Těchlovice 37, 407 12 Těchlovice

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

Žadatel (zákonný zástupce):

Jméno a příjmení: _____

Trvalé bydliště: _____

Doručovací adresa: _____

Kontaktní telefon: _____

E-mail: _____

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 mého dítěte k předškolnímu vzdělávání k datu: _____

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Adresa trvalého bydliště: _____

Doručovací adresa: _____

Požadovaná délka docházky: a) celodenní b) polodenní

Sourozenec v mateřské škole: a) ano b) ne

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU

1. Podrobilo se dítě povinnému očkování dle ustanovení § 50 zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví ve znění pozdějších předpisů	ANO	NE
2. Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji - jaké ?	ANO	NE
3. Trpí dítě chronickým onemocněním - jakým ?	ANO	NE
4. Bere dítě pravidelně léky - jaké ?	ANO	NE
5. Jde o integraci postiženého dítěte do MŠ - s jakým postižením ?	ANO	NE
6. Doporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání	ANO	NE

Jiná sdělení lékaře:

.....
Datum

.....
Razítko a podpis lékaře

V _____ dne _____

Jméno a podpis zákonného zástupce