**Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání do mateřské školy,**

jejíž činnost vykonává Základní škola a mateřská škola Vanovice, Vanovice 130

**Zákonný zástupce, popř. osoba, která je oprávněná účastníka řízení (dítě) v přijímacím řízení zastupovat:**

|  |
| --- |
| Jméno a příjmení: |
| Místo trvalého pobytu:  |
| Adresa pro doručování: |
| Telefon:  |
| E-mail : ID datové schránky : |

**Žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání do MŠ Vanovice od školního roku 2023/2024.**

**Účastník řízení (dítě):**

|  |
| --- |
| Jméno a příjmení:  |
| Datum narození:  |
| Místo narození: |
| Místo trvalého pobytu: |
| Státní občanství:  |
| **Vyjádření dětského lékaře:****a) o očkování dítěte –** *v souladu s § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, v platném znění ( zda se dítě podrobilo stanoveným pravidelným očkováním,* *má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci).***b) údaje potřebné pro účely nastavení vhodných podpůrných opatření ze strany MŠ** ( o speciálních vzdělávacích potřebách dítěte, o zdravotní způsobilosti ke vzdělávání a o zdravotních obtížích, které by mohly mít vliv na průběh vzdělávání).V ………………………………dne…………… razítko a podpis lékaře |

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis zákonného zástupce: …………………………………………………………….