# Základní škola a Mateřská škola Měník,

Přijato dne: …..…………………...………….…

Č. jednací:…………..………………...……...…

Registrační číslo:..………………….......……...

okres Hradec Králové, 503 64 Měník,

IČO 71006176

telefon:734 860 631

e-mail: skolka@menik.cz

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ŽÁDOST**  **o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání**    Žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání do mateřské školy, jejíž činnost vykonává Základní škola a Mateřská škola, Měník, okres Hradec Králové, 503 64 Měník **od školního roku 2024-2025**  **Jméno a příjmení dítěte**   |  |  | | --- | --- | | Datum narození: |  | | Místo trvalého pobytu: |  |   **Žadatel - zákonný zástupce dítěte, popř. osoba, která je oprávněná účastníka řízení (dítě)  v přijímacím řízení zastupovat:**   |  |  | | --- | --- | | Jméno a příjmení: |  | | Místo trvalého pobytu: |  | | Adresa pro doručování písemností (pokud není shodná s místem trvalého pobytu): |  | | Kontaktní telefon: |  | | E-mailová adresa: |  | | Datová schránka: |  |   U cizinců se uvede trvalý či přechodný pobyt. Občané třetích zemí jsou povinni doložit oprávnění k pobytu na území ČR ve smyslu ustanovení § 20 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) ve znění pozdějších předpisů.  Dítěti **JE x NENÍ\*** diagnostikováno školským poradenským zařízením mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, závažné vady řeči, závažné vývojové poruchy chování, souběžné postižení více vadami nebo autismus\*).    \*) nehodící se škrtněte  V …………………… dne …………………... ………………………………….  Podpis zákonného zástupce  **VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE:**  **Dítě se podrobilo** stanoveným pravidelným očkováním **Ano x Ne** ,\*\*  nebo **má doklad**, že je proti nákaze imunní **Ano x Ne** ,\*\*  nebo se **nemůže** očkování podrobit pro **kontraindikaci**  **Ano x Ne** ,\*\*  Zdravotní omezení, postižení, bere pravidelně léky\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \*\* **DOPORUČUJI - NEDOPORUČUJI** přijetí dítěte do mateřské školy.  Datum: Razítko a podpis lékaře:  \*\*) nehodící se škrtněte |