# 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 škrtněteV …………………… 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 |