**ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ**

Podle ustanovení § 34 zák. č. 561/2024 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) ve znění pozdějších předpisů **žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání do Mateřské školy Kamínek, příspěvkové organizace, Kámen 87, 582 42 Kámen** s datem nástupu ……………………

Jméno a příjmení zákonného zástupce: ……………………………….……………………………………………….

Adresa pro doručování, telefon: …………………………………………………………………………………………….

…………………………….….……………………………………………………………………………………………………………..

…….……..…………….………………………………………..…………………………………………………………………………

Jméno a příjmení dítěte: …………………..…………………….…………………………………………………………….

Datum narození: ..………………………..…………………………………………………………………………………….…

Adresa trvalého pobytu (u cizinců místo pobytu): ……………………………………………….………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Pokud má dítě nějaké zdravotní omezení, je nutné doložit potvrzení ošetřujícího lékaře ke zdravotnímu stav dítěte.

1. Prohlašuji, že jednám ve shodě s druhým zákonným zástupcem dítěte.

2. Prohlašuji, že veškeré údaje, které jsem v žádosti uvedl/a, jsou přesné, pravdivé a úplné.

V ……………………………………..dne ………………………………………………

…….……………..……………………..…………………..

Podpis zákonného zástupce

Příloha žádosti – Vyjádření lékaře o zdravotní způsobilosti dítěte - potvrzení o očkování

**Potvrzení o zdravotní způsobilosti dítěte - potvrzení o očkování**

V případě povinného předškolního vzdělávání NEVYPLŇUJTE!

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **POTVRZENÍ O ŘÁDNÉM OČKOVÁNÍ DÍTĚTE**  podle § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  | Jméno a příjmení dítěte |  | Datum narození |  |
|  | |  |  | |
| Dítě | | | | |
| ☐ JE řádně očkované,  ☐ Není řádně očkováno, ale je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci,  ☐ NENÍ řádně očkované z jiných důvodů a tudíž nesplňuje § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.  V ………………………………………. dne ……………………….      Razítko a podpis lékaře | | | | |