**Mateřská škola Konětopy, příspěvková organizace,**

**Konětopy 42, 277 14**

Č.j.:

Reg. č.:

Přijala dne:

**Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání**

**Žádost o přijetí dítěte**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení dítěte:** | |
| Datum narození: | Rodné číslo: |
| Zdravotní pojišťovna: | Místo narození: |
| Trvalé bydliště: | |
| Státní příslušnost: | Mateřský jazyk: |

**do mateřské školy Konětopy, příspěvková organizace,okres Praha-východ od 1.9.2017.**

**Požadovaná docházka od 01.09.2017/**nehodící se škrtněte**/**

|  |  |
| --- | --- |
| Celodenní | \* Ano – Ne |
| Jiná – uveďte jaká a důvod | \* Ano – Ne |

**Identifikační údaje žadatele:**/zákonný zástupce dítěte/:

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení:** | |
| Telefon: | e-mail: |
| Trvalé bydliště: | |
| Doručovací adresa/pokud se liší od trvalého bydliště/: | |

**Označení správního orgánu:**

|  |  |
| --- | --- |
| Ředitel : jméno a příjmení | Klára Vargová Žilinská |
| Adresa právnické osoby, která vykonává činnost mateřské školy | Mateřská škola Konětopy, příspěvková organizace, Konětopy 42  277 14 Dřísy |

**Prohlášení rodičů:**

* prohlašuji, že jsem zákonným zástupcem tohoto dítěte
* prohlašuji, že jsem byl/a seznámena s kritérii pro přijímání dětí do MŠ
* prohlašuji, že jsem byl/a seznámena s termínem, kdy se mohu vyjádřit k podkladům rozhodnutí před jeho vydáním
* tímto zároveň přihlašuji své dítě ke stravování v MŠ

V ………………… dne…………… ……………………………………..

Podpis zákonného zástupce dítěte

|  |  |
| --- | --- |
| ***Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte při nástupu do MŠ*** | |
| ***Jméno a příjmení dítěte:*** |  |
| ***Datum narození:*** |  |
| ***Rodné číslo:*** |  |
| ***Trvalé bydliště:*** |  |
| ***Zdravotní pojišťovna:*** |  |
| (V souladu s ustanovením § 50 zákona č. 258/2000 Sb., ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů) | |
| **Dítě:** |  |
| 1. je zdravé, **řádně očkováno** | |
|  | \* ano |
|  | \* ne |
| 2. vyžaduje speciální péči v oblasti | |
|  | \* zdravotní |
|  | \* tělesné |
|  | \* smyslové |
|  | \* jiné |
| 3. alergie |  |
|  | \* ne |
|  | \* ano, jaký typ………………. |
| 4. bere pravidelně léky: |  |
|  | \* ne |
|  | \* ano, jaké……………………………….. |
| **Doporučuji / Nedoporučuji přijetí dítěte do MŠ Konětopy** | |
| Datum: | Razítko a podpis pediatra: |

**U dítěte se zdravotním postižením žadatel o přijetí do MŠ předloží ještě vyjádření školského poradenského zařízení**