**ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ**

Žádám o přijetí k předškolnímu vzdělávání do mateřské školy, jejíž činnost vykonává **Mateřská škola Lanžov, Lanžov 2, 544 01 Dvůr Králové nad Labem od školního roku 2024/2025.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dítě: | | | |
| Jméno a příjmení: |  | | |
| Datum narození: |  | | |
| Místo trvalého pobytu: |  | | |
|  | | | |
| Zákonný zástupce dítěte, popř. osoba, která je oprávněná účastníka řízení (dítě) v přijímacím řízení zastupovat: | | | |
| Jméno a příjmení, titul: |  | | |
| Trvalé bydliště: |  | | |
| Mobilní telefon:\* |  | E-mail:\* |  |
| Datová schránka:\*  Adresa pro doručování písemností (pokud není shodná s místem trvalého pobytu): |  | | |
|  |  | | |

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

V…………………………….dne…………… podpis zákonného zástupce

**Nevyplňuje se na žádosti o přijetí dítěte, pro které je předškolní vzdělávání povinné.**

Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním

**ANO x NE**,\*)

nebo

má doklad, že je proti nákaze imunní

**ANO x NE**,\*)

nebo

má doklad, že se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci

**ANO x NE**.\*)

Doklad o provedení pravidelného očkování nebo doklad o tom, že je dítě proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci, vydá poskytovatel zdravotních služeb v oboru praktické lékařství pro děti a dorost na žádost zákonného zástupce dítěte, pěstouna nebo fyzické osoby, které bylo dítě soudem svěřeno do osobní péče

Datum: Razítko a podpis lékaře:

\*) hodící se zakroužkujte