

**ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA PRYSK, okres Česká Lípa
příspěvková organizace**

Dolní Prysk 56

IČO : 727 42 089

tel. : 487 767 525



ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

Zákonný zástupce dítěte

Jméno a příjmení:

.....

Datum narození:

Trvalé bydliště:

Kontaktní telefon (nepovinný údaj):

E-mail (nepovinný údaj):

Adresa pro doručování je shodná s adresou trvalého bydliště: ANO/ NE

Uveďte adresu pro doručování :

.....

ŽÁDÁM O PŘIJETÍ DÍTĚTE

Jméno a příjmení dítěte (účastníka řízení):

.....

Datum narození:rodné číslo:.....

Trvalé bydliště:

**k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole Základní školy a Mateřské školy Prysk,
okres Česká Lípa, příspěvková organizace**

Potvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a v souladu s ustanovením § 36 zákona č.500/2004 Sb. správní řád s možností využít procesního práva vyjádřit se k podkladům rozhodnutí v budově ZŠ a MŠ Prysk.

**ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA PRYSK, okres Česká Lípa
příspěvková organizace**

Dolní Pysk 56

IČO : 727 42 089

tel. : 487 767 525



Nedílnou součástí žádosti o přijetí k předškolnímu vzdělávání je potvrzení dětského lékaře o povinném očkování dítěte dle ustanovení § 50 zákona č.258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.

Příloha č.1: Potvrzení dětského lékaře

V dne.....

.....
podpis zákonného zástupce dítěte

**ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA PRYSK, okres Česká Lípa
příspěvková organizace**

Dolní Pysk 56

IČO : 727 42 089

tel. : 487 767 525



Příloha č.1

Potvrzení dětského lékaře, že se dítě podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci dle ustanovení § 50 zákona č.258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.

V..... dne.....

.....
Razítko a podpis lékaře