

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

do Základní školy a Mateřské školy Vír, okres Žďár nad Sázavou, p.o., 592 66 Vír 58

OD 2. 9. 2024 ŠKOLNÍHO ROKU 2024/2025

PŘÍJMENÍ A JMÉNO DÍTĚTE:

DATUM NAROZENÍ DÍTĚTE:

MÍSTO NAROZENÍ DÍTĚTE:

TRVALÝ POBYT DÍTĚTE:

STÁTNÍ PŘÍSLUŠNOST DÍTĚTE:

PODMÍNKY PŘIJETÍ:

- Dítě je řádně očkováno: ANO* NE*
(pokud ANO, dokládá se potvrzením dětského lékaře – příloha)
- Specifické vzdělávací potřeby: ANO* NE*
(pokud ANO, dokládá se potvrzením školského poradenského zařízení)

Zákonní zástupci dítěte se dohodli, že záležitosti spojené s přijetím k předškolnímu vzdělávání bude vyřizovat zákonný zástupce:

Jméno a příjmení:

Doručovací adresa:

Telefon nebo email.:

Prohlašuji, že veškeré uvedené údaje jsou pravdivé. Jsem si vědom/a, že uvedením nepravdivých údajů, které ovlivní přijetí dítěte do mateřské školy, mohu způsobit dodatečnou změnu v rozhodnutí o přijetí s ohledem na stanovená kritéria a podmínky.

Dále svým podpisem stvrzuji, že jsem byl/la seznámen/a s podmínkami přijetí a kritérii přijetí dítěte do MŠ Vír a s možností vyjádřit se k podkladům rozhodnutí a nahlížení do spisu dítěte.

Ve Víru.....

.....

podpis zákonného zástupce dítěte

*Nehodící se škrtněte

PŘÍLOHA K ŽÁDOSTI O PŘIJETÍ PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

POTVRZENÍ DĚTSKÉHO LÉKAŘE, ŽE JE DÍTĚ ŘÁDNĚ OČKOVÁNO DLE OČKOVACÍHO KALENDÁŘE A MŮŽE NASTOUPIT DO MATEŘSKÉ ŠKOLY.

JMÉNO DÍTĚTE:

DATUM NAROZENÍ:

Datum

Razítko a podpis dětského lékaře