

## **Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání**

### **Zákonný zástupce dítěte**

Jméno a příjmení:.....

Datum narození: .....

Trvalý pobyt:.....

Kontaktní telefon (nepovinný údaj):.....

E-mail (nepovinný údaj): .....

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

Uveďte adresu pro doručování:.....

### **Žádám o přijetí dítěte**

Jméno a příjmení dítěte:.....

Datum narození:.....

Trvalý pobyt:.....

k předškolnímu vzdělávání v *Mateřská škola Šimonovice, příspěvková organizace*

od školního roku 2024/2025

Potvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a v souladu s ustanovením § 36 odst. 3 zákona č.500/2004 Sb. správní řád s možností využít procesního práva vyjádřit se k podkladům rozhodnutí dne 21.5.2024 od 08:00 do 10:00 v budově školy Mateřská škola Šimonovice, příspěvková organizace.

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.

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

.....  
podpis zákonného zástupce dítěte

*Mateřská škola Šimonovice, příspěvková organizace*  
*Sídlem: Malinová 482, 463 12 Šimonovice*  
*IČO: 10988122*

Příloha č.1

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

V

.....

Razítko a podpis lékaře