

## Žádost o přijetí dítěte/přihláška k předškolnímu vzdělávání

**Žadatel** (zákonný zástupce dítěte):

Jméno a příjmení:		
Datum narození:	Tel.:	e-mail:
Trvalé bydliště:		
Doručovací adresa:		

### Identifikace žádosti:

Žádám o přijetí dítěte/podávám přihlášku k docházce do mateřské školy při Základní škole a mateřské škole Sojovice okres Mladá Boleslav

od: 2. 9. 2019 do: zahájení plnění povinné školní docházky

Jméno a příjmení dítěte:		
Datum narození:	Místo narození:	
	Zdravotní pojišťovna:	
Trvalé bydliště:		
Státní příslušnost:		Mateřský jazyk:
Druh docházky:	* Celodenní	* polodenní

\* nehodící se škrtněte

### Označení správního orgánu:

Ředitel – jméno a příjmení	Ing. Jaroslav Kindl
Název a adresa právnické osoby, která vykonává činnost mateřské školy	Základní škola a mateřská škola Sojovice okres Mladá Boleslav, 294 75 Sojovice 88

### Prohlášení rodičů:

- \* jsem si vědom/a, že uvedení nepravdivých údajů v této žádosti může mít za následek zrušení rozhodnutí o přijetí dítěte
- \* tímto zároveň přihlašuji své dítě ke stravování v MŠ
- \* prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s kritérii k přijímání dětí pro školní rok 2019/2020.
- \* prohlašuji, že jsem byl/a/ seznámen/a s možností nahlédnutí do spisu před vydáním rozhodnutí

V Sojovicích dne.....

.....  
podpis zákonného zástupce dítěte

Základní škola a mateřská škola Sojovice okres Mladá Boleslav  
294 75 Sojovice 88

---

**Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte při nástupu do MŠ**

<b>Jméno a příjmení dítěte:</b>	
<b>Datum narození:</b>	
<b>Trvalé bydliště:</b>	
<b>Zdravotní pojišťovna:</b>	

(V souladu s ustanovením § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o 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 mateřské školy při Základní škole a mateřské škole Sojovice okres Mladá Boleslav**

Datum:

Razítko a podpis pediatra:

**U dítěte, které vyžaduje speciální péči v určité oblasti, předloží zákonný zástupce ještě vyjádření školského poradenského zařízení.**