**ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE DO MATEŘSKÉ ŠKOLY NOVÝ RYCHNOV**

Nový Rychnov 186, příspěvková organizace **pro školní rok 2021/2022**

**ŽADATEL (zákonný zástupce dítěte)**

**Jméno a příjmení**: **Trvalý pobyt:**

**Adresa pro doručování** (pokud je odlišná):

**emai**l :

**telefon:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DÍTĚ** | |  | |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Jméno a příjmení:** | | | | | | | |  |  |  |  |  |  | **Datum narození:** | | |  |
|  |  |  |  | | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Rodné číslo**: | | |  | | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | | |  | |  |  |  |  |  |  | **Trvalý pobyt:** | |  |  |
| **Místo narození:** | | |  | | |  | |  |  |  |  |  |  | **Státní občanství:** | |  |  |
| **Dětský lékař (jméno):** | | | | | | | |  |  |  |  |  |  | **Zdravotní pojišťovna:** | | |  |
| **Prohlášení rodičů o zdravotním stavu dítěte:** | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ZÁKONNÍ ZÁSTUPCI**

**MATKA**

**Jméno a příjmení:**

**OTEC**

**Jméno a příjmení:**

**Přihlašuji své dítě k docházce**: (zaškrtněte) ☐ **celodenní** ☐ **povinné předškolní** **☐ omezené**

Jde o Váš návrh dohody o docházce dítěte podle § 1a odst. 5 vyhlášky č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání v platném znění.

**Termín nástupu do MŠ:**

**Další podstatná sdělení pro přijetí do MŠ:**

**PROHLÁŠENÍ:**

1. Bereme na vědomí, že pokud v této žádosti uvedeme nepravdivé údaje, může správní orgán své rozhodnutí zrušit a rozhodnout ve věci znovu a že může být v tomto případě také zahájeno přestupkové řízení.
2. Veškeré písemnosti budou předávány nebo zasílány zákonnému zástupci:

Jméno a příjmení:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa pro zasílání písemností:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Do MŠ jsou přijímané děti, které mají předpoklady k plnění ŠVP PV.
2. Prohlašuji, že jsem nezatajil/a žádné závažné a skutečné informace o zdravotním stavu dítěte.

V Novém Rychnově, dne:

……………………………………………….

Podpis žadatele

(zákonného zástupce)

**VYPLŇUJE ŠKOLA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Žádost přijata dne:** | **Č.j.** | **Podpis** |
| **Spádovost MŠ Nový Rychnov** | **ANO NE** | **NE – spádová MŠ:** |
| **Prohlášení o očkování** | **Lékařské potvrzení** | **ANO X NE** |