**Mateřská škola Čtyřlístek Milenov, příspěvková organizace, Milenov 75, Hranice IV. 753 61**

**IČO: 70996253, tel.: 580 582 926,** [**www.ms-milenov.cz**](http://www.ms-milenov.cz)**, email:** **skola.mil@atlas.cz**

**Datová schránka: 6d5h2vy**

**Žádost**

**Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání do mateřské školy Čtyřlístek Milenov ve školním roce 2023/2024**

Ke dni:………………. **do zahájení povinné školní docházky**

**Jméno, příjmení dítěte:**……………………………………………………………………….

Datum narození:……………………....Rodné číslo:…………………………………………...

Státní občanství:………………………Kód zdravotní pojišťovny dítěte:……………………..

Místo trvalého pobytu:………………………………………………………………………….

**Žádost podává zákonný zástupce dítěte – žadatel:**

Jméno, příjmení žadatele:………………………………………………………………………

Místo trvalého pobytu:………………………………………………………………………….

Adresa pro doručování:…………………………………………………………………………

Telefonní kontakt:………………………………………………………………………………

e-mail:…………………………………………………………………………………………...

**Zákonní zástupci se dohodli, že záležitosti přijetí dítěte do mateřské školy bude vyřizovat zákonný zástupce – žadatel:**

**Jméno, příjmení:…………………………………..Podpis:…………………………………..**

**Zákonní zástupci:**

**Matka**

Jméno, příjmení:…………………………………………………………………………………

Místo trvalého pobytu:…………………………………………………………………………..

Adresa pro doručování:………………………………………………………………………….

Telefonní kontakt:……………………………………………………………………………….

E-mail:…………………………………………………………………………………………...

**Otec**

Jméno, příjmení………………………………………………………………………………….

Místo trvalého pobytu:…………………………………………………………………………..

Adresa pro doručování:………………………………………………………………………….

Telefonní kontakt:……………………………………………………………………………….

E-mail:…………………………………………………………………………………………...

**Žádám o přijetí na docházku:**

\*celodenně polodenně

**Vyjádření lékaře:**

Jméno, příjmení dítěte:…………………………………………………………………………..

Datum narození dítěte:…………………………………………………………………………..

1. Dítě je řádně očkováno:…………………………………………………………………
2. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy:…………………………………….
3. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti: …………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………….……….…………………………………………………………………….…………………….
4. Jiná závažná sdělení o dítěti: …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..

…………………………………… ……………………………………...

Datum Razítko a podpis lékaře

**Upozornění**

Bez potvrzení lékaře o stanoveném očkování (§50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví) se řízení o přijetí do mateřské školy zastavuje.

Datum podání žádosti:………………………………………………………

Podpis zákonného zástupce – žadatele:……………………………………..

Podpis druhého zákonného zástupce:……………………………………….

\*Nehodící se škrtněte