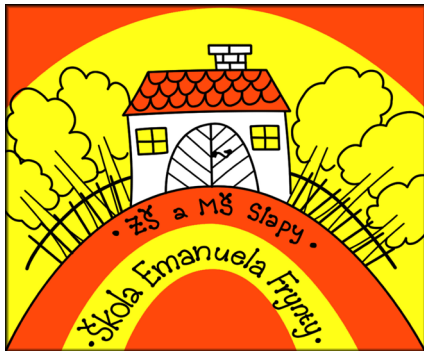




ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA SLAPY, okres Praha – západ

Slapy 50
252 08 Slapy
IČO: 71006656

tel: ZŠ 222 352 140 , ZŠ 607 214 350 , MŠ 702 081 004 , ŠJ 222 352 141
e-mail: reditel@zsamsslapy.cz
www.zsamsslapy.cz

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

Žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání do mateřské školy, jejíž činnost vykonává Základní škola a Mateřská škola Slapy, okres Praha-západ od _____

Dítě:

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Místo trvalého pobytu: _____

Zákonný zástupce dítěte, popř. osoba, která je oprávněná účastníka řízení (dítě) v přijímacím řízení zastupovat:

Jméno a příjmení: _____

Místo trvalého pobytu: _____

Adresa pro doručování písemností (pokud není shodná s místem trvalého pobytu): _____

Prohlašuji, že jedním ve shodě s druhým zákonným zástupcem dítěte.

Beru na vědomí, že uvedení nepravdivých údajů, které budou mít vliv na přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání, může způsobit dodatečnou změnu rozhodnutí o přijetí.

V _____ dne: _____
_____ podpis zákonného zástupce

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE:

Dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním

ANO x NE,*)

nebo

má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci

ANO x NE,*)

Dítě **JE x NENÍ** zdravotně postižené*)

Datum:

Razítko a podpis lékaře:

*) hodící se zakroužkujte

