



ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

1. Zákonný zástupce dítěte

Příjmení, jméno:

Místo trvalého pobytu:

Adresa pro doručování písemností (není-li shodná s místem trvalého pobytu)

.....

Kontaktní telefon:*

Kontaktní e-mail:*

* *Nepovinný údaj*

Podle ustanovení §34 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů

žádám o přijetí mého dítěte k předškolnímu vzdělávání k datu 1. 9. 2024 do mateřské školy, jejíž činnost vykonává Základní škola, Základní umělecká škola a Mateřská škola Frýdlant, okres Liberec, příspěvková organizace, Purkyňova 510, 464 01 Frýdlant.

Příjmení, jméno dítěte:

Datum narození:

Místo trvalého pobytu:



**Základní škola, Základní umělecká škola a Mateřská škola, Frýdlant,
okres Liberec, příspěvková organizace**

Nepovinné doplňující informace k žádosti:

a) Dítě má staršího sourozence, který se bude od 1. 9. 2024 vzdělávat v MŠ Frýdlant.

ANO / NE* (*nehodící se škrtněte)

Jméno a příjmení sourozence, pracoviště MŠ

b) Máme zájem o zařazení mého dítěte na konkrétní pracoviště MŠ

(označte číslovkami 1, 2 a 3 preferovanou 1., 2. a 3. volbu pracoviště MŠ)

OP MŠ Bělíkova

OP MŠ Bělíkova – Liščata

OP MŠ Jiráskova

OP MŠ Sídlištní

Na zařazení dítěte na konkrétní pracoviště mateřské školy nevzniká dítěti resp. jeho zákonnému zástupci právní nárok. Rozhodnutí o zařazení dítěte na konkrétní pracoviště mateřské školy je plně v kompetenci ředitele školy.

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 15. 5. 2024 od 8:00 do 9:00 hodin v sídle ředitelství školy Purkyňova 510, 464 01 Frýdlant.

Nedílnou součástí žádosti o přijetí k předškolnímu vzdělávání je vyjádření lékaře o povinném očkování dítěte.

V dne:

podpis zákonného zástupce

Přílohy*:

Vyjádření lékaře o povinném očkování dítěte

Jiné přílohy (v případě dítěte se zdravotním postižením doporučení školského poradenského zařízení, doporučení odborného lékaře atd.)

*křížkem označte dodané přílohy



VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O POVINNÉM OČKOVÁNÍ DÍTĚTE

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

Místo trvalého bydliště:

Potvrzení dětského lékaře, že se dítě podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, má doklad, že je proti nákaz imunní, nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci dle ustanovení §50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví ve znění pozdějších předpisů.

Dítě je řádně očkováno: ANO* - NE*

**Nehodící se škrtněte*

Razítko, datum a podpis ošetřujícího lékaře:

.....