**Mateřská škola Ohrazenice žádost přijata dne …..…………….**

**Ohrazenice 92, příspěvková organizace, Turnov 511 01**

E-mail: ms.ohrazenice@seznam.cz **pod č. j. ……………….**

Tel.: 481 322 826, 772 720 063

IČO: 70695318

Bank.spojení: 181474706/0300

**Žádost o přijetí k předškolnímu vzdělávání**

**Zákonní zástupci dítěte:**

**Otec: Matka:**

**Jméno a příjmení:**…………………………… **Jméno a příjmení:**………………………..

……………………………………………… …………………………………………...

**Adresa:**……………………………………… **Adresa:**…………………………………..

……………………………………………… …………………………………………...

**Telefon:** ………….……………………. **Telefon:** ………………………………. **E-mail (\*):** ………….…………………….  **E-mail (\*) :** ………….…………………….   
*(\*) uvedené údaje* ***nejsou povinné*** *a jejich zpracování nevyplývá z žádné zákonné povinnosti. Pokud je vyplníte budou tyto údaje použity pouze jako alternativní možnost komunikace Mateřské školy Ohrazenice se zákonnými zástupci.*

**Žádáme o přijetí dítěte:  
Jméno a příjmení dítěte:**…………………………………………………………………………

**Datum narození:**…………………………………………………………………………………

**Bydliště:**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Prohlašuji, že uvedené údaje jsou správné: Datum:

…………………………………………………………………………………………………………

podpisy rodičů - **Žádost musí být podepsána oběma zákonnými zástupci. Této povinnosti je zbaven pouze rodič, který je soudně omezen ve svých rodičovských právech (nutno doložit).**

**Datum nástupu k celodenní docházce do MŠ ………………………………………**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

----------------------------------------------------------------------------------

ředitelka škol

**Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte**

1. **Dítě je řádně očkováno –** dle § 50 zákona 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví

**ANO NE**

……………………………………………………………………………………….

1. **Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:**
2. **zdravotní** ………………………………………………………………………..
3. **tělesné** ……………………………………………………………………….
4. **smyslové** ………………………………………………………………………..
5. jiné ………………………………………………………………………..
6. **Bere pravidelně léky?**

……………………………………………………………………………………….

1. **Alergie:**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....**

1. **Dítě se může zúčastnit akcí pořádaných školou:**
2. **plavání**
3. **saunování**
4. **škola v přírodě**
5. **návštěvy solné jeskyně**

**Přijetí dítěte do mateřské školy:**

**DOPORUČUJI - NEDOPORUČUJI**

**V …………………………….. dne …………………**

**Razítko a podpis lékaře: ………………………………**