**Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání**

**Já,**

**Jméno a příjmení zákonného zástupce** : ..………..............……...………………………………..….

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

Trvalé bydliště:……………………………….…………………………………………………………

Kontaktní telefon (nepovinný údaj):…………………………………………………..………………..

E-mail (nepovinný údaj): ……………………………………………...………………………………..

Datová schránka (nepovinný údaj) ……………………………………………………………...……...

Adresa pro doručování je shodná s adresou trvalého bydliště: ANO / NE

Uveďte adresu pro doručování:................................................................................................................

Státní občanství: ………………………………………………………………………………………..

(V případě cizího státního občanství doloží zákonný zástupce doklad statutu rezidenta nebo doklad povolující

 pobyt v ČR, kartičku zdravotní pojišťovny.)

**Žádám o přijetí dítěte**

**Jméno a příjmení dítěte** (účastníka řízení): .………………………………………………………...

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

Trvalé bydliště:………………………………………………………………………………………

**k předškolnímu vzdělávání**

**v Mateřské škole Stružnice, okres Česká Lípa, příspěvková organizace**

Datum nástupu dítěte do MŠ :

Potvrzuji, že jsem byl seznámen/a v souladu s ustanovením § 36 zákona č.500/2004 Sb. správní řád s možností využít procesního práva vyjádřit se k podkladům rozhodnutí dne 20.5.2025 od 14,00 – 16,00 hod v budově Mateřské školy Stružnice.

Nedílnou součástí žádosti o přijetí k předškolnímu vzdělávání je potvrzení dětského lékaře o povinném očkování dítěte dle ustanovení § 50 zákona č.258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví

**Prohlašuji, že veškeré údaje, které jsem v žádosti uvedl/a jsou přesné, pravdivé a úplné.**

V …………………... dne……………………… ……………………………………….. podpis zákonného zástupce dítěte

Příloha:

**Potvrzení dětského lékaře,**

že se

Jméno dítěte : …………………………………………………….…………

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

Trvalé bydliště : …………………………………………………………….

a) podrobilo stanoveným pravidelným očkováním,

b) má doklad, že je proti nákaze imunní

c) nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci

dle ustanovení § 50 zákona č.258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.

Vyjádření lékaře:

……………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………..

V………….…………dne…………….. ……………………………

Razítko a podpis lékaře