Základní škola a Mateřská škola Polevsko, okres Česká Lípa, příspěvková organizace Polevsko 167, 471 16 Polevsko

**ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ**

Žadatel (zákonný zástupce dítěte) :

Jméno a příjmení, titul: ……………………………………….……………..……………..…

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

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

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

Adresát :

Základní škola a Mateřská škola Polevsko, okres Česká Lípa, příspěvková organizace Polevsko 167, 471 16 Polevsko, zastoupená Mgr. Markétou Hlaváčkovou, zastupující ředitelkou školy

**Žádám o přijetí svého dítěte**

Jméno a příjmení …………………………………….………..… rod. č. …………...…../……….……..

Narozeného dne …….....……………… v …...……...…….………………………

Státní občanství …………………..

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

Přechodné bydliště …………………….……………………………………………………………………………..

Zdravotní pojišťovna ……………..…….

**K předškolnímu vzdělávání do mateřské školy:**

Základní škola a Mateřská škola Polevsko, okres Česká Lípa, příspěvková organizace Polevsko 167, 471 16 Polevsko

Datum nástupu do mateřské školy: …………………………………………………………

Má dítě zdravotní omezení? **ANO / NE**

(Pokud ANO, je nutné doložit potvrzení ošetřujícího lékaře o zdravotním stavu dítěte)

Se všemi podmínkami přijetí do mateřské školy jsem byl/a seznámen/a. Prohlašuji, že údaje, které jsem uvedl/a v žádosti, jsou pravdivé.

**V ……………………………………………………………………………….. dne ………………………………………**

**Podpis zákonného zástupce[[1]](#footnote-1)**

**POTVRZENÍ O ŘÁDNÉM OČKOVÁNÍ DÍTĚTE**

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

(**v případě povinného předškolního vzdělávání NEVYPLŇUJTE!**)

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

Jméno a příjmení dítěte Datum narození

Dítě

☐ JE řádně očkované,

☐ není řádně očkované, ale je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci,

☐ NENÍ řádně očkované z jiných důvodů, a tudíž nesplňuje § 50 zákona č. 258/2000 Sb.,   
 o ochraně veřejného zdraví.

V………………………………………dne ……………………………………………….

Razítko a podpis lékaře

**POTVRZENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE**

(**v případě že dítě nemá zdravotní omezení NEVYPLŇUJTE!**)

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

Jméno a příjmení dítěteDatum narození

Vyjádření lékaře:

V………………………………………dne ……………………………………

Razítko a podpis lékaře

1. 1 Zákonné zástupce (dále jen rodiče) upozorňujeme, že na základě zákona č. 89/2012 Sb. občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů, mají rodiče právo zastupovat dítě při právních jednáních, ke kterým není právně způsobilé. Rodiče jsou povinni si vzájemně sdělit vše podstatné, co se týká dítěte a jeho zájmů. Při právním jednání vůči dítěti, které není způsobilé ve věci samostatně právně jednat, postačí k jednání jen jeden z rodičů jako zákonný zástupce dítěte, který bude jednat s třetí stranou (školou). Jedná-li jeden z rodičů v záležitosti dítěte sám vůči třetí osobě (škole), má se za to, že jedná se souhlasem druhého rodiče. [↑](#footnote-ref-1)