

**MATEŘSKÁ ŠKOLA RAKOV, OKRES PŘEROV, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE,
RAKOV 28, 753 54 SOBĚCHLEBY, IČO: 750 29 227, TEL: 736 449 291 , www.rakov.cz**

**Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání do Mateřské školy Rakov
ve školním roce**

Ke dni:.....do zahájení povinné školní docházky.

Jméno, příjmení dítěte:.....

Datum narození:.....rodné číslo:.....

Státní občanství:.....Kód zdravotní pojišťovny dítěte:.....

Místo trvalého pobytu:.....

Žádost podává zákonný zástupce dítěte – žadatel:

Jméno, příjmení žadatele:.....

Datum narození:.....

Místo trvalého pobytu:.....

Adresa pro doručování:.....

Telefonní kontakt:.....

e- mail:.....

**Zákonní zástupci se dohodli, že záležitosti přijetí dítěte do mateřské školy bude vyřizovat
zákonný zástupce- žadatel:**

Jméno, příjmení:..... Podpis:.....

Zákonní zástupci:

Matka

Jméno, příjmení:.....

Místo trvalého pobytu:.....

Adresa pro doručování:.....

Telefonní kontakt:.....

e-mail:.....

Otec

Jméno, příjmení:.....

Místo trvalého pobytu:.....

Adresa pro doručování:.....

Telefonní kontakt:.....

e-mail:.....

Žádám o přijetí na docházku:/ *nevhovující škrtněte/

celodenně

polodenně

5 dní v měsíci

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE:

Jméno a příjmení dítěte:.....

Datum narození dítěte:.....

1. Dítě je řádně očkováno:.....

2. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy:.....

3. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:.....

.....

4. Jiná závažná sdělení o dítěti:

.....

.....

Datum

.....

Razítko a podpis lékaře

Datum podání žádosti:.....

Podpis zákonného zástupce- žadatele:.....

Podpis druhého zákonného zástupce:.....