**Základní škola a Mateřská škola Březno**

Březno 115, 294 06 Březno

IČ: 70988102

tel.: 326 399 139, e-mail: zs.brezno@seznam.cz, [www.zsbrezno.cz](http://www.brezno.cz)

 Mgr. Dana Bělohlávková, ředitelka

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

OD ŠKOLNÍHO ROKU 2023/2024

**Žadatel**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení  |  |
| Datum narození |  |
| Trvalé bydliště |  |
| Kontaktní telefon |  |
| E-mail |  |

**Žadatel žádá o přijetí dítěte:**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno |  |
| Příjmení |  |
| Datum narození |  |
| Místo narození |  |
| Trvalé bydliště |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Přijetí dítěte žádá od (den, měsíc, rok): |  |
| na celodenní docházku\* | na omezenou docházku\* |

\* nehodící se škrtněte

**Nedílnou součástí žádosti je vyjádření dětského lékaře, že je dítě řádně očkované, zdravé a může být přijato do mateřské školy.**

Já, níže podepsaný zákonný zástupce dítěte, ztvrzuji svým podpisem pravdivost všech údajů.

V  Dne .

Podpis zákonného zástupce .

**Součást přihlášky k předškolnímu vzdělávání**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení dítěte |  |
| Datum narození |  |
| Bydliště |  |

**Vyjádření lékaře k žádosti rodičů o přijetí dítěte do mateřské školy**

1. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy

|  |  |
| --- | --- |
| ANO |  |
| NE |  |

1. Dítě vyžaduje speciální péči:

|  |  |
| --- | --- |
| ANO |  |
| NE |  |

Jestliže ano, tak v jaké oblasti:

|  |  |
| --- | --- |
| zdravotní |  |
| tělesné |  |
| smyslové |  |
| jiné |  |

3. Jiná závažná sdělení o dítěti : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

4. Alergie: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

5. Dítě je řádně očkováno :

|  |  |
| --- | --- |
| ANO |  |
| NE |  |

1. Dítě se může zúčastňovat akcí školy – plavání, saunování, škola v přírodě:

|  |  |
| --- | --- |
| ANO |  |
| NE |  |

V ……………………………

Dne …………………………

 …………………………………….

 Razítko a podpis lékaře