**Základní škola a Mateřská škola Lužnice p. o.**

Lužnice 109, 379 01 Třeboň, IČ: 71006214

tel. 380120856 [www.zsluznice.cz](http://www.zsluznice.cz) reditel@zsluznice.cz

**Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání**

**Заява про зарахування дитини до дошкільного навчального закладу**

**Zákonný zástupce dítěte/ Законний представник дитини**

Jméno a příjmení/ Ім’я та прізвище:

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

Trvalý pobyt/u cizince pobyt/ Місце постійного проживання / у іноземця місце проживання ………………………………………………………………………………………………………

Kontaktní telefon (nepovinný údaj)/ Контактний телефон (необов’язкові дані): ………………………………………………………………………………………………………

E-mail (nepovinný údaj)/ E-mail (необов’язкові дані):

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

Adresa pro doručování, liší-li se od místa trvalého pobytu/pobytu:

Адреса для надсилання пошти/якщо відрізняється від місця постійного проживання/проживання

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

**Žádám o přijetí dítěte/ Прошу зарахувати дитину**

Jméno a příjmení dítěte/ Прошу зарахувати дитину: ………………………………………………………………………………………………………

Datum narození dítěte/ Дата народження дитини...........................................................................

Trvalý pobyt/u cizince pobyt/ Місце постійного проживання /у іноземця місце проживання:

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

k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole, jejíž činnost vykonává

**до дошкільного навчального закладу, діяльність якого здійснює**

*Základní škola a Mateřská škola Lužnice p.o./Початкова школа та дитячий садок Lužnice p.o.*

*□* od školního roku 2022/2023/ навчального року 2022/2023

V/ м. (назва населеного пункту)……………….………………...dne!дата ………………………

podpis zákonného zástupce dítěte/ підпис законного представника дитини ……………………..

 **Příloha** (pozn.: nedokládá se u dítěte, které dosáhlo pátého roku před 1. září příslušného školního roku, kdy se začne vzdělávat):Potvrzení dětského lékaře, že se dítě podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci (§ 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.)

**Додаток** (прим.: не додається у дитини, яка досягла п’яти років до 1 вересня відповідного навчального року, коли вона починає навчання): Підтвердження педіатра про те, що дитині були зроблені всі призначені регулярні щеплення, має документ, що вона має імунітет до інфекції або не може вакцинуватися через наявність протипоказань (§ 50 Закону № 258/2000 Зб. «Про охорону здоров’я та внесення змін до деяких відповідних законів», з поправками і доповненнями)

**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 trvalou 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 dítěte Datum narození*

Vyjádření lékaře:

V………………………………………dne ………………………………… ………………………………………………………

 Razítko a podpis lékaře

 **PŘIJETÍ ŽÁDOSTI V MŠ**

 Žádost přijata pod číslem jednacím: …………………………………………………………. dne:………………………………

Podpis odpovědného pracovníka: ………………………………………………………………………

 **Upozornění:**

Odvolání zákonných zástupců proti případnému nepřijetí dítěte musí obsahovat údaje o tom, v čem je spatřován

rozpor s právními předpisy nebo nesprávnost rozhodnutí nebo řízení, jež mu předcházelo.