*NÁZEV MATEŘSKÉ ŠKOLY:*

Mateřská škola Laurinka Mladá Boleslav, Dukelská 1165, příspěvková organizace

**ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ**

**VE ŠKOLNÍM ROCE 2025/2026**

|  |  |
| --- | --- |
| Registrační číslo/ číslo jednací: |   |
| Přijato dne:  |  |
| Spisová značka:  |  |

**Účastník řízení (dítě):**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení: |  |
| Datum narození: |  |
| Trvalé bydliště:  |  |
| Adresa pobytu: |  |
| Státní příslušnost: |  |

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

\* nehodící se škrtněte

|  |
| --- |
| **Údaje o zákonných zástupcích dítěte:** |
| **Jméno a příjmení otce, pěstouna** |  |
| Datum narození: |  |
| Trvalé bydliště: |  |
| Adresa pro doručování písemností: |  |
| Telefon: |  |
| E – mail\*: |  |
| Datová schránka\*: |  |

**\***nepovinný údaj - zákonný zástupce vyplněním souhlasí s jeho zpracováním pro účel zefektivnění komunikace mezi školou a zákonným zástupcem v době přijímacího řízení

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení matky, pěstounky**  |  |
| Datum narození: |  |
| Trvalé bydliště: |  |
| Adresa pro doručování písemností: |  |
| Telefon: |  |
| E – mail\*: |  |
| Datová schránka\*: |  |

**\***nepovinný údaj - zákonný zástupce vyplněním souhlasí s jeho zpracováním pro účel zefektivnění komunikace mezi školou a zákonným zástupcem v době přijímacího řízení

|  |
| --- |
| **Společný zmocněnec** |
| Zákonní zástupci si zvolili tohoto společného zmocněnce (jeden ze zákonných zástupců) pro doručování písemností dle § 31 zákona č. 500/2004 Sb., správní řád ve znění pozdějších předpisů |
| Jméno a příjmení: |  |
| Adresa pro doručování písemností: |  |
| Telefon: |  |
| E – mail\*: |  |
| Datová schránka\*: |  |

|  |
| --- |
| **Doplňující údaje** (v případě potřeby vyplní zákonný zástupce, pěstoun) |
|  |

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

V Mladé Boleslavi dne:……………………………

Podpisy zákonných zástupců:………………………………………………………………….....

**SOUČÁST ŽÁDOSTI O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ**

**PRO ŠKOLNÍ ROK 2025/2026**

|  |  |
| --- | --- |
| 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