

**ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA PRYSK, okres Česká Lípa  
příspěvková organizace**

Dolní Prysk 56

IČO : 727 42 089

tel. : 487 767 525



**ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ**

**Zákonný zástupce dítěte**

Jméno a příjmení: .....

.....

Datum narození: .....

Trvalé bydliště: .....

Kontaktní telefon (nepovinný údaj): .....

E-mail (nepovinný údaj): .....

Adresa pro doručování je shodná s adresou trvalého bydliště: ANO/ NE

Uveďte adresu pro doručování :

.....

**ŽÁDÁM O PŘIJETÍ DÍTĚTE**

Jméno a příjmení dítěte (účastníka řízení):

.....

Datum narození: ..... rodné číslo:.....

Trvalé bydliště: .....

**k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole Základní školy a Mateřské školy Prysk,  
okres Česká Lípa, příspěvková organizace**

Potvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a v souladu s ustanovením § 36 zákona č.500/2004 Sb. správní řád s možností využít procesního práva vyjádřit se k podkladům rozhodnutí v budově ZŠ a MŠ Prysk.

Nedílnou součástí žádosti o přijetí k předškolnímu vzdělávání je potvrzení dětského lékaře o povinném očkování dítěte dle ustanovení § 50 zákona č.258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.

Příloha č.1: Potvrzení dětského lékaře

V ..... dne.....

.....  
podpis zákonného zástupce dítěte

## **Příloha č.1**

Potvrzení dětského lékaře, že se dítě podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci dle ustanovení § 50 zákona č.258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.

V..... dne.....

.....  
Razítko a podpis lékaře