**Žádost**

**o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání**

**Запит**

**про вступ дитини до дошкільної освіти**

**Zákonný zástupce, popř. osoba, která je oprávněná účastníka řízení (dítě) v přijímacím řízení zastupovat:**

**Законний представник, або особа, яка має право представляти учасника провадження (дитину) у процедурі допуску:**

Jméno a příjmení:

Ім'я та прізвище:

Místo trvalého pobytu:

Місце постійного проживання:

Telefon:

Телефон:

E-mail:

Електронна пошта:

ID datové schránky:

Ящики для ідентифікаційних даних:

Adresa pro doručování písemností (pokud není shodná s místem trvalého pobytu):

Адреса для надання документів (якщо не збігається з місцем постійного проживання):

**Žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání do mateřské školy, jejíž činnost vykonává Mateřská škola Letovice, Komenského 671/11, okres Blansko, příspěvková organizace**

**Подаваю заяву про прийом дитини до дошкільної освіти в дитячий садок, діяльність якого здійснює дитячий садок Летовіце, Коменське 671/11, район Бланско, додаткова організація**

|  |
| --- |
|  |

**Jméno a příjmení dítěte**

**Ім'я та прізвище дитини**

Datum narození:

Дата народження:

Místo narození:

Місце народження:

Místo trvalého pobytu:

Місце постійного проживання:

Státní občanství:

громадянство:

od školního roku …………………………

з навчального року ……………………

|  |
| --- |
| **Vyjádření dětského lékaře:**  **Заява педіатра:**  **a) o očkování dítěte – v souladu s § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví,**  **ve znění pozdějších předpisů** *(zda se dítě podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, má doklad, že*  *je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci).*  **і)про вакцинацію дитини - відповідно до розділу 50 Закону № 258/2000 Coll. про охорону здоров'я населення***,* **зі змінами** *(чи пройшла дитина встановлені регулярні щеплення, має докази, що:* *має імунітет до інфекції або не може бути вакцинований через постійні протипоказання).*    **b) údaje potřebné pro účely nastavení vhodných podpůrných opatření ze strany MŠ**  **б) дані, необхідні для встановлення відповідних заходів підтримки дитячим садком**  *(o speciálních vzdělávacích potřebách dítěte, o zdravotní způsobilosti ke vzdělávání a o zdravotních obtížích,*  *které by mohly mít vliv na průběh vzdělávání).*  *(про особливі освітні потреби дитини, про придатність до навчання та про проблеми зі здоров'ям,*  *Що може вплинути на хід навчання).*  **V ……………………………… dne………………………… razítko a podpis lékaře**  **V ……………………………… У день…………………… печатка та підпис лікаря** |

Poznámka: Povinné očkování se netýká dětí jeden rok před zahájením školní docházky, kdy je předškolní vzdělávání povinné.

Примітка: Обов’язкова вакцинація не поширюється на дітей за рік до початку школи, коли дошкільна освіта є обов’язковою.

V …………………………………. dne……………………………………………

V …………………………………. На ……………………………………………

Podpis zákonného zástupce: ……………………………………………..

Підпис законного представника:……………………………………..