**ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE**

**k předškolnímu vzdělávání**

**Zákonný zástupce dítěte:**

Jméno a příjmení: ...................................................................................................................

Datum narození: ...................................................................................................................

Trvalé bydliště: ...................................................................................................................

………………………………..………...................................................................................................................

Kontaktní telefon: ...................................................................................................................

E-mail: ...................................................................................................................

Adresa pro doručování: ...................................................................................................................

*(pokud je jiná než adresa trvalého bydliště)*

………………………………..………...................................................................................................................

**Žádám o přijetí dítěte**

Jméno a příjmení dítěte: ...................................................................................................................

Datum narození: ...................................................................................................................

Trvalé bydliště: ...................................................................................................................

………………………………..………...................................................................................................................

k předškolnímu vzdělávání v Mateřské škole při Základní škole Olší, p.o., Olší 14

od školního roku 202…… / 202……

**Prohlášení zákonného zástupce:**

Potvrzuji správnost uvedených údajů.

Souhlasím, že po dobu konání zápisu bude škola zpracovávat osobní údaje mé a mého dítěte.

V ………………..……….

Dne ………………..………. Podpis zákonného zástupce ................................................................

**Vyjádření lékaře k očkování dítěte:**

Dítě: …………………….........................................................................................................

Datum narození: ….………...................................................................................................................

se podrobilo všem stanoveným pravidelným očkováním podle zákona o ochraně veřejného zdraví.

.................................................... ...........................................................................

*Datum Razítko a podpis lékaře*