



## Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

Já,

Jméno a příjmení zákonného zástupce : .....

Datum narození: .....

Trvalé bydliště:.....

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

E-mail (nepovinný údaj): .....

Datová schránka (nepovinný údaj) .....

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

Uveďte adresu pro doručování:.....

Státní občanství: .....

(V případě cizího státního občanství doloží zákonný zástupce doklad statutu rezidenta nebo doklad povolující pobyt v ČR, kartičku zdravotní pojišťovny.)

### **Žádám o přijetí dítěte**

Jméno a příjmení dítěte (účastníka řízení): .....

Datum narození:.....

Trvalé bydliště:.....

### **k předškolnímu vzdělávání v Mateřské škole Stružnice, okres Česká Lípa, příspěvková organizace**

Datum nástupu dítěte do MŠ :

Potvrzuji, že jsem byl seznámen/a v souladu s ustanovením § 36 zákona č.500/2004 Sb. správní řád s možností využít procesního práva vyjádřit se k podkladům rozhodnutí dne 7.4.2026 od 14,00 – 16,00 hod v budově Mateřské školy Stružnice.

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

**Prohlašuji, že veškeré údaje, které jsem v žádosti uvedl/a jsou přesné, pravdivé a úplné.**

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

.....  
podpis zákonného zástupce dítěte



Příloha:

## Potvrzení dětského lékaře,

že se

Jméno dítěte : .....

Datum narození : .....

Trvalé bydliště : .....

- a) podrobilo stanoveným pravidelným očkováním,
  - b) má doklad, že je proti nákaze imunní
  - c) nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci
- dle ustanovení § 50 zákona č.258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.

Vyjádření lékaře:

.....  
.....

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

.....

Razítko a podpis lékaře