



Mateřská škola ZDRAVÍ s.r.o., Na Nivách 311/33, Ostrava – Zábřeh, 700 30

---

## **ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ PRO ŠKOLNÍ ROK 2024/2025**

ředitelce MŠ Zdraví s.r.o.

### **ŽADATEL (zákonný zástupce)**

Jméno a příjmení: .....

Trvalé bydliště: .....

Telefon: .....

E-mail: .....

žádá o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

Od ..... (den, měsíc, rok)

### **ÚDAJE O DÍTĚTI**

Jméno a příjmení dítěte: .....

Trvalé bydliště: .....

Datum narození: ..... Rodné číslo: .....

Podpisem беру na vědomí, že děti budou přijímány podle platných Kritérií pro přijímání dětí do Mateřské školy ZDRAVÍ s.r.o., Na Nivách 311/33, 700 30 Ostrava 30.

Podpis žadatele (zákonného zástupce): .....

**Vyjádření lékaře <sup>x)</sup> :**

Dítě je řádně očkováno

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

<sup>x)</sup> Vyjádření lékaře není nezbytné u dětí, které dosáhnou do 31.8.2024 pěti let věku.

Ostrava, dne .....

.....

*Razítko a podpis lékaře*