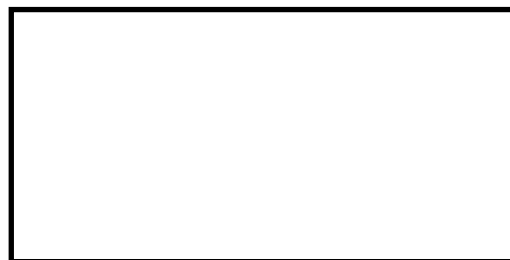


Mateřská škola ZDRAVÍ s.r.o., Na Nivách 311/33, Ostrava – Zábřeh, 700 30

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ PRO ŠKOLNÍ ROK 2023/2024

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 ^{x)} :

Dítě je řádně očkováno

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

^{x)} Vyjádření lékaře není nezbytné u dětí, které dosáhnou do 31.8.2023 pěti let věku.

Ostrava, dne

.....

Razítko a podpis lékaře