



## Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

**1. Zákonný zástupce dítěte:** matka  otec  pověřená osoba  (zatrhněte)

- jméno a příjmení \_\_\_\_\_
- datum narození \_\_\_\_\_
- místo trvalého pobytu: \_\_\_\_\_
- telefon: \_\_\_\_\_, email: \_\_\_\_\_

**2. Ředitel školy, škola:**

- Mgr. Petr Machálek
- Základní škola a Mateřská škola Nikolčice, příspěvková organizace
- Nicolčice 79, 691 71

**3. Žádám o přijetí dítěte** \_\_\_\_\_, nar. \_\_\_\_\_ a

trvalým bydlištěm v \_\_\_\_\_

k předškolnímu vzdělávání od \_\_\_\_\_ (datum počátku vzdělávání) v mateřské škole

v Divákách  v Nikolčicích  (jednu volbu zatrhněte),

jejíž činnost vykonává Základní škola a Mateřská škola Nikolčice, příspěvková organizace.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
podpis zákonného zástupce

**4. Vyplní ošetřující lékař pro děti a dorost:**

Potvrzuji, že se dítě \_\_\_\_\_, nar. \_\_\_\_\_, podrobilo  
řádnému pravidelnému očkování nebo má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování  
podrobit pro trvalou kontraindikaci.

ANO  NE

Jméno a příjmení ošetřujícího lékaře:

\_\_\_\_\_, podpis, datum podpisu a razítko: \_\_\_\_\_