

**Základní škola a mateřská škola Vanovice, okres Blansko,
příspěvková organizace**

679 36 Vanovice 130

datová schránka: yzymisg

telefon: 516 465 622

email: zs.vanovice@mail.cz

**Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání
do mateřské školy,**

jejíž činnost vykonává Základní škola a mateřská škola Vanovice, Vanovice 130

Zákonný zástupce, popř. osoba, která je oprávněná účastníka řízení (dítě) v přijímacím řízení zastupovat:

Jméno a příjmení:	
Místo trvalého pobytu:	
Adresa pro doručování:	
Telefon:	
E-mail :	ID datové schránky :

**Žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání do MŠ Vanovice
od školního roku 2026/2027 .**

Účastník řízení (dítě):

Jméno a příjmení:	
Datum narození:	
Místo narození:	
Místo trvalého pobytu:	
Státní občanství:	
Vyjádření dětského lékaře: a) o očkování dítěte – v souladu s § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, v platném znění (zda se dítě podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci).	
b) údaje potřebné pro účely nastavení vhodných podpůrných opatření ze strany MŠ (o speciálních vzdělávacích potřebách dítěte, o zdravotní způsobilosti ke vzdělávání a o zdravotních obtížích, které by mohly mít vliv na průběh vzdělávání).	
Vdne.....	razítko a podpis lékaře

V _____ dne: _____

Podpis zákonného zástupce: