

| <b>Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání</b>  |                       |  |
|---|-----------------------|--|
| Řediteli Základní školy a Mateřské školy Opava-Vávrovice – příspěvková organizace<br>Chmelová 2, 747 73 Opava-Vávrovice |                       |  |
| <b>Žádám Vás tímto o přijetí dítěte</b>   |                       |  |
| Jméno a příjmení  |                       |  |
| Datum narození  |                       |  |
| Trvalý pobyt  |                       |  |
| k předškolnímu vzdělávání<br>v Základní škole a Mateřské škole Opava-Vávrovice – příspěvková organizace                 |                       |  |
| <b>Nástup dítěte požaduji od:</b> .....   |                       |  |
| *)Následující školní rok JE / NENÍ posledním školním rokem dítěte před zahájením povinné školní docházky.               |                       |  |
| Současně prohlašuji, že jsem zákonným zástupcem tohoto dítěte   |                       |  |
| Otec .....  | .....                 |  |
| Jméno a příjmení  | telefon do zaměstnání |  |
| .....   |                       |  |
| zaměstnavatel/název, sídlo  |                       |  |
| Matka .....   | .....                 |  |
| Jméno a příjmení  | telefon do zaměstnání |  |
| .....   |                       |  |
| zaměstnavatel/název, sídlo  |                       |  |
| U zákonných zástupců adresa trvalého pobytu, je-li odlišná od adresy dítěte:  |                       |  |
| .....   |                       |  |
| *) matka NEPRACUJE / PRACUJE      Matka na RD/MD s druhým dítětem   |                       |  |
| nástup matky do zaměstnání od .....   |                       |  |
| *) matka na RD do 2 let věku, 3 let věku, 4 let věku dítěte, na které žádá  |                       |  |
| Nezaopatření sourozenci dítěte:   |                       |  |
| .....   |                       |  |
| Jméno a příjmení  | datum narození        |  |
| .....   |                       |  |
| Jméno a příjmení  | datum narození        |  |
| <b>Požadovaná délka docházky do MŠ</b>  | po celý měsíc         | nejvýše 4 hodiny denně   |
| .....<br>Podpis zákonného zástupce  |                       | <b>Řádné očkování: ANO - NE</b><br><br><i>Razítko a podpis lékaře<br/>§ 50 podle zákona č. 258/2000 Sb.<br/>O ochraně veřejného zdraví,<br/>ve znění pozdějších předpisů</i> |
| .....<br>Datum podání žádosti   |                       |  |

\*) *nehodící se škrtněte*