Mateřská škola Pasečnice, okres Domažlice, příspěvková organizace

Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

Rodiče, nebo jiní zákonní zástupci : ……

……

Kontaktní adresa pro zasílání písemností : …….

č. tel. : ……. e-mail : ……

žádají o přijetí dítěte :

Jméno a příjmení: …….

Datum narození: …….

Místo trvalého pobytu: ……

k předškolnímu vzdělávání v Mateřské škole Pasečnice ve šk. roce : ……

Datum nástupu dítěte k předškolnímu vzdělávání: .....

Požadovaná délka docházky dítěte do MŠ : /*požadovaný údaj zakroužkujte/*

celodenní polodenní

Dítěti **JE x NENÍ** diagnostikováno školským poradenským zařízením - mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, závažné vady řeči, závažné vývojové poruchy chování, souběžné postižení více vadami nebo autismus.

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

Jméno a příjmení: ……..

Místo trvalého pobytu:

…….

Adresa pro doručování písemností (pokud není shodná s místem trvalého pobytu :

…….

podpis zákonného zástupce

V …….. dne: …….

……