

Žádost o přijetí dítěte do DIC a MŠ

Jméno dítěte.....

narozené.....rodné číslo.....národnost.....

bydliště.....

PSČ.....telefon.....státní občanství.....

Údaje o rodině: počet sourozenců.....datum narození.....

Jméno a příjmení otce.....telefon.....

zaměstnání (adresa).....

Jméno a příjmení matky.....telefon.....

zaměstnání (adresa).....

e-mailové adresy rodičů.....

Vyjádření rodičů o zdravotním stavu dítěte.....

Alergie: ANO × NE jaká.....

Mám zájem o dvojjazyčnou třídu (AJ). Mám zájem o třídu s delším pobytem venku.
ANO × NE ANO × NE

Bereme na vědomí, že v případě uvedení nepravdivých údajů lze kdykoliv zrušit rozhodnutí o přijetí dítěte do MŠ.

Svým podpisem potvrzuji, že jsem byl(a) poučen(a) o tom, že touto žádostí je ve smyslu §44,odst. 1 zákona č.500/2004 Sb.,správní řád, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „správní řád“), zahájeno správní řízení ve výše uvedené věci.

Dále jsem byl(a) poučen(a) o tom, že:

- dle §36 odst. 3 správního řádu musí být účastníkům řízení před vydáním rozhodnutí ve věci dána možnost vyjádřit se k podkladům rozhodnutí. **Této možnosti můžete využít během měsíce května. Termín Vaší návštěvy si rezervujte na telefonním čísle 244 471 805. Po uplynutí tohoto termínu bude ve věci vydáno rozhodnutí, které Vám bude v souladu s §72 správního řádu řádně oznámeno.**

- dle §36 odst. 4 správního řádu účastník nebo jeho zástupce je povinen předložit na výzvu oprávněné úřední osoby průkaz totožnosti, což je doklad, který je veřejnou listinou, v němž je uvedeno jméno, příjmení, datum narození, místo trvalého pobytu a z něhož je patrná i podoba

- dle §38 odst. 1 mají účastníci a jejich zástupci právo nahlížet do spisu.

Beru na vědomí, že DIC a MŠ nezajišťuje dietní stravování.

Podpis rodičů.....

Datum podání žádosti.....



Dětské integrační centrum a mateřská škola s.r.o., Hurbanova 1285, 142 00 Praha 4 – Krč, tel./fax. 241 470 291
www.dic-saop.cz, e-mail: dic.saop@volny.cz

POTVRZENÍ

V souladu se zněním **zákona č. 258/2000 Sb.** O ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů (§50) požadujeme vyjádření lékaře o očkování

dítěte.....

narozeného.....

Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy.....

Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:

zdravotní.....

tělesné.....

smyslové.....

jiné.....

Jiná závažná sdělení o dítěti.....

Alergie.....

- a) očkování řádně provedeno dle očkovacího kalendáře
- b) zmíněné očkování kontraindikováno z důvodu

.....

.....

.....

V Praze.....

Razítko a podpis lékaře.....