**Mateřská škola Bělá nad Svitavou, okres Svitavy**

Bělá nad Svitavou 214, 569 05 Bělá nad Svitavou, tel. 461 523 269

**Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání**

**Žádám o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání do mateřské školy, jejíž činnost vykonává Mateřská škola Bělá nad Svitavou, okres Svitavy, od školního roku**

**Dítě:**

Jméno a příjmení……………………………………………………………………………….

Datum narození …………………………………………………………………………….…..

Trvalý pobyt…………………………………………………………………………………….

**Zákonný zástupce dítěte, popř. osoba, která je oprávněna účastníka řízení / dítě / v přijímacím řízení zastupovat:**

Jméno a příjmení……………………………………………………………………………...…

Datum narození………………………………………………………………………………….

Trvalý pobyt………………………………………………………………………………….…

Doručovací adresa písemností / pokud není shodná s místem trvalého pobytu /:

………………………………………………………………………………………………….

Dítě **JE x NENÍ** zdravotně postižené / nehodící se škrtněte /

V……........................ dne …………………. ……………….

 Podpis zákonného zástupce