



**Mateřská škola Doksy Libušina 838** – příspěvková organizace

Tel. 487 872 010, 602 541 601, reditelka@mslibusina.cz

## Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

Č.j.....

**Zákonný zástupce dítěte**

Jméno a příjmení:.....

Datum narození: .....

Trvalý pobyt:.....

Kontaktní telefon:.....

E-mail (nepovinný údaj): .....

Adresa pro doručování je shodná s adresou trvalého pobytu: ANO/ NE

Uveďte adresu pro doručování:.....

### Žádám o přijetí dítěte

Jméno a příjmení dítěte:.....

Datum narození:.....

Trvalý pobyt:.....

k předškolnímu vzdělávání v **Mateřské škole Doksy Libušina 838 – příspěvkové organizaci**  
od školního roku 2026/2027

Potvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a v souladu s ustanovením § 36 odst. 3 zákona č.500/2004 Sb. správní řád s možností využít procesního práva vyjádřit se k podkladům rozhodnutí ve dnech: 27.4.-28.4. 2026 od 8.00 do 13.00 hodin v budově školy Libušina 838, 472 01 Doksy.

Nedílnou součástí žádosti o přijetí k předškolnímu vzdělávání je potvrzení dětského lékaře o povinném očkování dítěte dle ustanovení § 50 zákona č.258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.

V ..... dne.....

.....  
podpis zákonného zástupce dítěte