# Žádost o přijetí do Dětské skupinyv 3. mateřské škole, Most, příspěvkové organizace

**Účastníci řízení:** *(vyplní pro účely správního řízení)*

1. **nezletilé dítě:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Jméno dítěte:* |  |
| *Datum narození:* |  | *Státní občanství*: |  |
| *Místo narození:* |  |
| *Adresa trvalého pobytu:* |  | *PSČ* |  |

1. ***zákonní zástupci:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  *MATKA:* | *Jméno, příjmení (titul):* |  |
| *Adresa trvalého pobytu:* |  | *PSČ* |  |
| *Email:* |  | *Telefon:* |  |
|  *OTEC:* | *Jméno, příjmení (titul):* |  |
| *Adresa trvalého pobytu:* |  | *PSČ* |  |
|  | *Email:* |  | *Telefon:* |  |

*(příp.jiný zákonný zástupce:*

 *příjmení a jméno, příp.titul ……………………………………………………………….………………………….…..*

*trvale bytem:…………………………………………………………………………………….………. PSČ: …………)*

|  |
| --- |
| **žádají tímto o přijetí dítěte do Dětské skupiny v 3. mateřské škole, Most, příspěvkové organizaci od 2024.** |
| *Zákonní zástupci si zvolili společného zmocněnce pro doručování písemností (§31zákona č.500/2004 Sb., správní řád, v platném znění* | *rodiče se dohodli**OTEC - MATKA* |
| *Adresa pro doručování písemností (není-li shodná s místem trvalého pobytu):* |  |

**POUČENÍ**

K žádosti o přijetí doložím nejpozději do **16. 5. 2024 Potvrzení lékaře** o způsobilosti dítěte k docházce do dětské skupiny.

V Mostě dne:………………2024

 Podpis zákonných zástupců: ……….…………………………………..

 ……….…………………………………..