



# ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE k předškolnímu vzdělávání

registrační číslo: .....

**VYPLŇTE ČITELNĚ HŮLKOVÝM PÍSMEM**

**Zákonný zástupce dítěte**

razítko organizace

<b>jméno dítěte:</b>	rodné číslo:
<b>příjmení:</b>	státní občanství:
datum narození:	
bydliště:	
zdravotní pojišťovna:	dětský lékař:

**žádá o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání**

od	(den, měsíc, rok)
k celodenní docházce.	

**Údaje o rodině dítěte**

<b>Titul, jméno a příjmení 1. zákonného zástupce:</b>	
bydliště:	
telefon:	osobní dat. schránka:
email:	
<b>Titul, jméno a příjmení 2. zákonného zástupce:</b>	
bydliště:	
telefon:	osobní dat. schránka:
email:	
<b>Sourozenci – jméno a datum narození:</b>	

## Prohlášení zákonných zástupců

Byl/a jsem seznámen/a s provozem MŠ, který je od ve Velké Polomi od 6:30 do 16:30 hodin, v Horní Lhotě od 6:30 do 16:00 hodin

Byl/a jsem seznámen/a s vnitřní směrnici ZŠ a MŠ Velká Polom, p.o. č. 8 „O úplatě za vzdělávání a školské služby a pravidlech přijímacího řízení do MŠ“ aktuální školní rok.

Byl/a jsem poučena, že před zahájením docházky mého dítěte do MŠ se musím seznámit se školním řádem MŠ a tento dodržovat.

Byl/a jsem poučen/a o svých právech ve správním řízení, ve smyslu příslušných ustanovení zákona č. 500/2004 Sb., o správním řízení (správní řád) v platném znění, zejména o možnosti nahlížet do spisu.

Dávám svůj souhlas Základní škole a Mateřské škole Velká Polom, příspěvková organizace k tomu, aby v rámci přijímacího řízení a následného vzdělávání zpracovávala a evidovala osobní údaje a osobní citlivé údaje mého dítěte ve smyslu všech ustanovení zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů v platném znění a ve smyslu Evropského nařízení ke GDPR. Svůj souhlas poskytuji pro účely vedení povinné dokumentace školy podle zákona č. 561/2004 Sb. (dále jen „školský zákon“) v platném znění, pro vedení nezbytné zdravotní dokumentace a psychologických vyšetření.

Byl/a jsem poučen o právech podle zákona č. 101/2000 Sb. a podle Evropského nařízení ke GDPR.

.....  
podpis 1. zákonného zástupce

.....  
podpis 2. zákonného zástupce



**Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu dítěte se zohledněním speciálních vzdělávacích potřeb:**

Zdravotní postižení – tělesné .....

– mentální .....

– smyslové .....

– vady řeči .....

– vývojové poruchy chování .....

– autismus .....

– jiné .....

Zdravotní znevýhodnění .....

Odchylky v psychomotorickém vývoji .....

Očkování: a) dítě se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO – NE \*)

b) dítě je proti nákaze imunní (typ/druh) .....

c) dítě má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh) .....

Dítě pravidelně užívá léky: .....

Alergie dítěte: .....

Dítě se může účastnit akcí školy: výlety: ANO – NE \*) plavání ANO – NE \*)

Přijetí dítěte do mateřské školy DOPORUČUJI – NEDOPORUČUJI \*) \* nehodící se škněte

V ..... dne: .....

razítka a podpis lékaře

Potvrzení o přijetí žádosti vydáno dne: .....

**Rozhodnutí o přijetí / nepřijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání**

Přijetí - nepřijetí k předškolnímu vzdělávání

V ..... dne: .....

Mgr. Tomáš Olivka, ředitel školy