

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

Žádáme o přijetí dítěte:

Jméno a příjmení dítěte:.....

Datum narození:.....místo narození:.....

Státní občanství:.....

Adresa trvalého pobytu:.....

K předškolnímu vzdělávání v MŠ.....

Od.....do.....

(např. do zahájení povinné školní docházky)

Rodiče dítěte, zákonní zástupci dítěte:

Jméno a příjmení matky:.....

Adresa trvalého pobytu:.....

Adresa pro doručování:.....

Telefon, e-mail:.....

Jméno a příjmení otce:.....

Adresa trvalého pobytu:.....

Adresa pro doručování:.....

Telefon, e-mail:.....

Vyjádření rodičů o zdravotním stavu dítěte.....

.....

Zákonní zástupci se dohodli, že záležitosti přijetí dítěte do mateřské školy bude vyřizovat zákonný zástupce:

.....
(jméno a příjmení zákonného zástupce)

Dáváme svůj souhlas MŠ k tomu, aby evidovala osobní údaje a osobní citlivé údaje včetně rodného čísla našeho dítěte ve smyslu všech ustanovení zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů v platném znění a zákona 133/2000Sb. o evidenci obyvatel a rodných číslech v platném znění. Svůj souhlas poskytujeme pro účely vedení dokumentace školy podle zákona č. 561/2004 Sb., školský zákon v platném znění, vedení nezbytné zdravotní dokumentace a psychologických a jiných vyšetření, pro mimoškolní akce školy, úrazové pojištění dětí a pro jiné účely související s chodem školy.

Souhlas poskytují na celé období předškolní docházky dítěte na této škole a na zákonem stanovenou dobu, po kterou se tato dokumentace ve škole archivuje. Souhlas poskytujeme pouze uvedené škole, která bez zákonem stanovených případů, nesmí tyto osobní a citlivé údaje poskytnout dalším osobám a úřadům.

V dne:.....

Podpisy rodičů/zákonných zástupců:.....
.....

Vyjádření lékaře:

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

2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:

- a) zdravotní
- b) tělesné
- c) smyslové
- d) jiné

Jiná závažná sdělení o dítěti:

Alergie:

3. Dítě je řádně očkováno

4. Možnost účasti na akcích školy – plavání, lyžování, škola v přírodě

Vdne.....

Razítko a podpis lékaře