Základní škola a Mateřská škola Habry

**Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole**

**Žádost o přijetí syna/dcery ………………………………….. k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole** – **k celodenní docházce.**

**1. Zákonný zástupce dítěte:**

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

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

 Místo trvalého pobytu: ……………………………………………………………………….

 Adresa pro doručování písemností: …………………………………………………………...

 Telefonický kontakt: ………………………………………………………………………….

**2. Ředitel školy:**

Jméno a příjmení: Mgr. Eva Doležalová

 Škola: Základní škola a Mateřská škola Habry

Žádám o přijetí syna/dcery: …………………………………………………………………..

datum narození: ………………………………………RČ…………………………………….

místo trvalého pobytu: ………………………………………………………………………….

(pokud je odlišné od místa trvalého pobytu zákonného zástupce)

k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole, jejíž činnost vykonává Základní škola a Mateřská škola Habry od …………………...... .

Čestně prohlašuji, že jednám v souladu s rozhodnutím druhého rodiče.

Beru na vědomí, že škola bude zpracovávat výše uvedené a případně další osobní údaje, a to ve smyslu nařízení EU 2016/679 GDPR O ochraně osobních údajů. Osobní údaje budou zpracovávány především v rozsahu vedení povinné dokumentace školy podle zákona č. 561/2004 Sb. školského zákona v platném znění, pro vedení nezbytné zdravotní dokumentace a psychologických vyšetření. S tím souhlasím. Bližší informace o zpracování osobních údajů a souvisejících právech jsou k dispozici na http://www.zshabry.cz/ . Tyto informace beru na vědomí.

Byl jsem poučen 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.

V …………………………dne…………..

 ……………………………………

 podpis zákonného zástupce dítěte

**Vyjádření lékaře k přijetí dítěte do mateřské školy**

Název poskytovatele zdravotnických služeb vydávajícího posudek:…………………………...

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

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele:……………………………………………...

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

IČO:……………………………………………………………………………………………..

Jméno a příjmení dítěte:…………………………………………………………………………

Datum narození:…………………………………………………………………………………

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

2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti a) b) c) d)

a) zdravotní

b) tělesné

c) smyslové

d) jiné

Jiná závažná sdělení o dítěti:…………………………………………………………………….

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

Alergie:…………………………………………………………………………………………..

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

3. Očkování dítěte:

a) dítě je řádně očkováno

b) dítě není řádně očkováno, ale je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro kontraindikaci

c) dítě není řádně očkováno z jiných důvodů, tudíž nesplňuje § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, v platném znění

4. Možnost účasti na akcích školy - plavání, saunování, škola v přírodě:

ano ne

V……………………. dne…………… ……………………………………

 razítko a podpis lékaře