

**Masarykova Základní škola a Mateřská škola Suchomasty, okres Beroun,
Suchomasty 135, Suchomasty 26722**

Č.j.:.....
Reg. číslo:
Datum přijetí žádosti:.....

Žádost o přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání

Zákonný zástupce dítěte:

Jméno a příjmení:.....

Datum narození:.....

Trvalé bydliště:.....

Kontaktní telefon:.....

Email:.....

datová schránka:.....

Adresa pro doručování je shodná s adresou trvalého bydliště: ANO NE

Uveďte adresu pro doručování:.....

Žádám o přijetí dítěte:

Jméno a příjmení dítěte:.....

Datum narození:.....

Trvalé bydliště:.....

k předškolnímu vzdělávání v MZŠ a MŠ Suchomasty, okres Beroun, k celodenní pravidelné docházce, od školního roku 2023/2024.

Zákonní zástupci dítěte se dohodli, že zmocnění k doručování písemností týkajících se práv a právem chráněných zájmů dítěte po dobu jeho předškolního vzdělávání v mateřské škole má tento zákonný zástupce:

.....
jméno, příjmení a datum narození navrhovatele-zákonného zástupce dítěte

.....
trvalé bydliště, popř. doručovací adresa zákonného zástupce dítěte

VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE ke zdravotnímu stavu

(doklad, že se dítě podrobilo stanovenému pravidelnému očkování, případně doklad, že je proti nákaze imunní nebo, že se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci a to podle ustanovení §50 zákona č. 258/2000Sb., o ochraně veřejného zdraví, §34 odst.5 zákona č.561/2004Sb., školského zákona a změně některých souvisejících zákonů)

Dítě je řádně očkováno:

Dítě je zdravé:

Dítě vyžaduje speciální péči (v oblasti):

Jiná sdělení o dítěti (alergie, léky apod.):

Možnost účasti na akcích školy- plavání, výlety:

Doporučuji - nedoporučuji přijetí dítěte k předškolnímu vzdělávání v mateřské škole.

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

.....
Razítko a podpis lékaře

Poučení:

Dávám svůj souhlas mateřské škole k tomu, aby v rámci přijímacího řízení 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. školského zákona v platném znění, pro vedení nezbytné zdravotní dokumentace a psychologických vyšetření.

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

Potvrzuji, že jsem byl seznámen v souladu s ustanovením § 36 odst. 3 zákona 500/2004 Sb. správní řád s možností využít procesního práva vyjádřit se k podkladům rozhodnutí dne 15. 5. 2023 v době od 12:00 do 13:30 na adrese: Suchomasty 154, 276 22. Přesný čas schůzky je nutné si předem domluvit telefonicky na tel. čísle: 728 482 316.

Prohlašuji, že veškeré údaje, které jsem v žádosti uvedl/a, jsou přesné, pravdivé a úplné.

V dne

.....
podpis zákonného zástupce dítěte

Totožnost žadatelů byla ověřena podle občanského průkazu číslo.:

Totožnost dítěte byla ověřena podle rodného listu:.....:.....

Vyplňuje mateřská škola:

Správní řízení ukončeno dne: